HAL
open science

Accouchement au secret, une grossesse plus à risque ?

Alix Pauchet

To cite this version:

Alix Pauchet. Accouchement au secret, une grossesse plus à risque ?. Médecine humaine et pathologie. 2014. hal-02095493

HAL Id: hal-02095493

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02095493v1

Submitted on 10 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

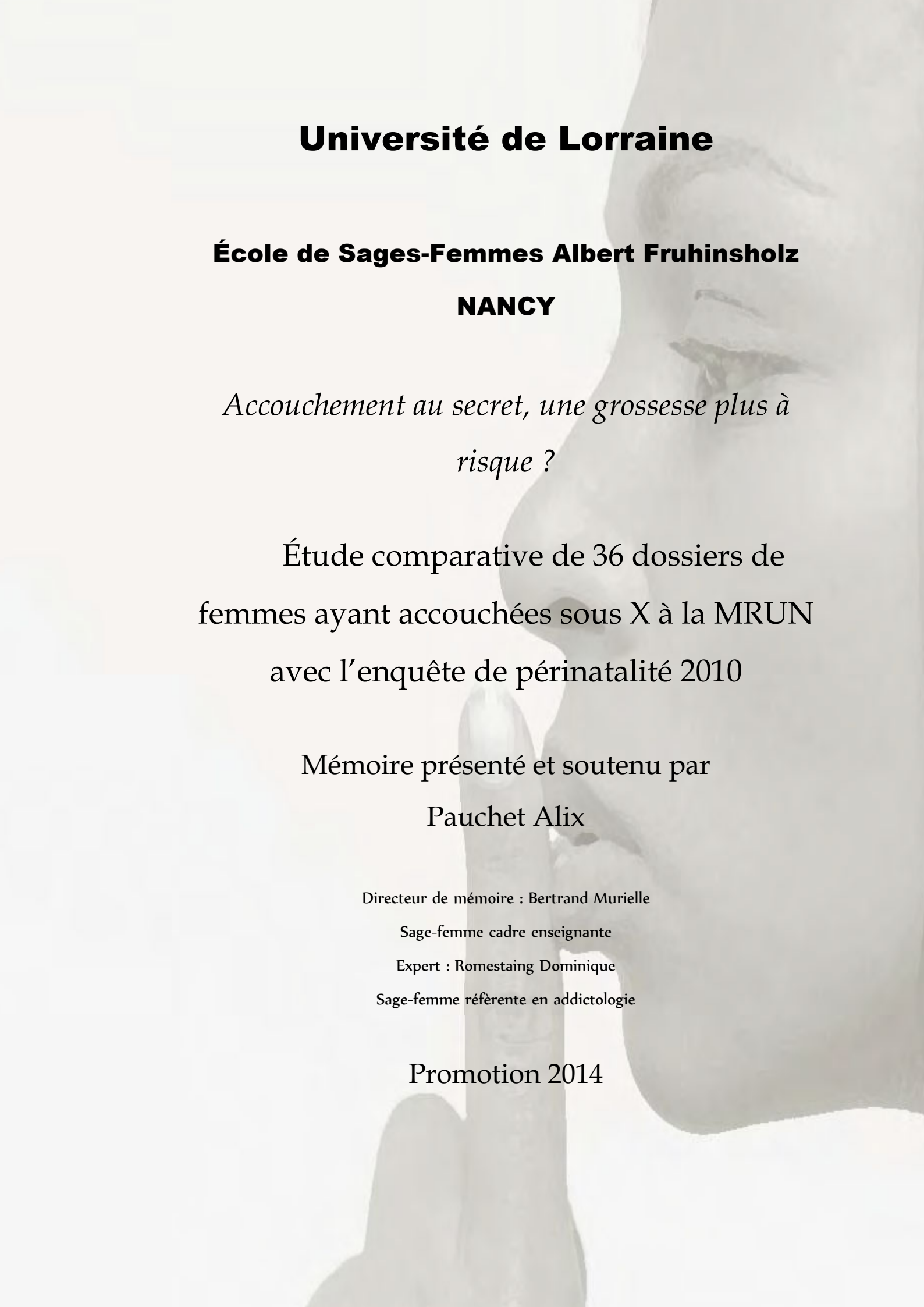
Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm



Université de Lorraine

École de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz

NANCY

Accouchement au secret, une grossesse plus à risque ?

Étude comparative de 36 dossiers de femmes ayant accouchées sous X à la MRUN avec l'enquête de périnatalité 2010

Mémoire présenté et soutenu par

Pauchet Alix

Directeur de mémoire : Bertrand Murielle

Sage-femme cadre enseignante

Expert : Romestaing Dominique

Sage-femme référente en addictologie

Promotion 2014

Je remercie et dédie ce mémoire à toutes les personnes qui m'ont encouragées et soutenu lors de la réalisation de ce travail.

Mme Bertrand et Mme Romestaing qui ont su me guider et me conseiller.

Ma famille et mes amies qui m'ont épaulé dans les moments difficiles.

SOMMAIRE

Sommaire **4**

Liste des abréviations **6**

Introduction **7**

Partie 1 : Accouchement au secret et pathologie **9**

1. Histoire et législation **10**

1.1. Les origines 10

1.2. Un début de législation 10

1.3. Législation encadrant l'accouchement au secret 10

2. Les femmes qui accouchent sous X **12**

2.1. Profil 12

2.2. Découverte de la grossesse et prise de décision 13

2.3. La place du père 15

2.4. Les difficultés du suivi chez les femmes accouchant sous X 16

3. Pathologies courantes de fin de grossesse **22**

3.1. Somatisation 22

3.2. La menace d'accouchement prématuré et l'accouchement prématuré 24

3.3. L'hypertension artérielle gravidique et ses complications 28

3.4. Le retard de croissance intra-utérin 30

Partie 2 : Etude des femmes accouchant au secret à la MRUN **33**

1. Problématique **34**

1.1. Objectif 34

1.2. Hypothèses 34

2. Matériel et méthode **35**

2.1. Type d'étude 35

2.2. Population étudiée 35

2.3. Grille de recueil 35

2.4. Analyse statistique 36

3. Résultats **37**

3.1. Situation personnelle 37

3.2. Antécédents 40

3.3. Suivi de la grossesse 43
3.4. Accouchement 45
3.5. L'enfant 46
3.6. Suites de couches 47
3.7. Les pathologies de fin de grossesse 47
Partie 3 : Comparaison de la population étudiée avec l'enquête de périnatalité 2010 51
1. Biais et limites de l'étude 52
1.1. Biais 52
1.2. Limites 52
2. Analyse des résultats 53
2.1. Population 53
2.2. Suivi de la grossesse 54
2.3. Accouchement 54
2.4. Les enfants 55
2.5. Pathologie 56
2.6. Manque d'information 58
2.7. Des femmes plus à risque ? 59
3. Rôle du professionnel de santé 60
3.1. Prise en charge actuelle 60
3.2. Problématique de la prise en charge 61
3.3. Moyens à mettre en place 62
3.4. La place de la sage-femme 64
Conclusion 65
Bibliographie 66
Table des matières 70
Annexe 1 : Grille de recueil I

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : âge gestationnel

AP : accouchement prématuré

APD : analgésie péridurale

AVB : accouchement voie basse

CNAOP : conseil national d'accès aux origines personnelles

EPN 2010 : enquête de périnatalité 2010

FCS: fausse couche spontanée

HTA: hypertension artérielle

HU: hauteur utérine

IMC : indice de masse corporel

IVG: interruption volontaire de grossesse

MAP: menace d'accouchement prématuré

MFIU : mort fœtale in utero

MRUN : Maternité Régional Universitaire de Nancy

OMS: organisation mondiale de la santé

OP : oestroprogestatif

PPC : pression positive continue

RPM : rupture prématurée des membranes

RCIU : retard de croissance intra-utérin

SA : semaines d'aménorrhée

SFA : souffrance fœtale aigue

SG : semaines de grossesse

TV : toucher vaginal

Introduction

Depuis l'Antiquité, des femmes et des familles ont abandonné des enfants dans des conditions plus ou moins adaptées. L'abandon d'enfant permet à cette époque la régulation de la population (1) (2). Les infanticides et abandons sauvages sont à l'origine d'une législation encadrant ces pratiques. C'est l'accouchement au secret ou accouchement sous X.

Les femmes ayant recours à cette pratique sont peu nombreuses à faire suivre leur grossesse de façon optimale, par peur du jugement ou par manque d'informations. De même elles sont nombreuses à réaliser un déni de grossesse, partiel ou total. Mais elles ont droit à un suivi régulier comme toutes les autres femmes (3) (4) (5) .

La population des femmes accouchant au secret a été étudiée, pour repérer les femmes risquant d'abandonner leur enfant. Mais les études se sont souvent centrées sur le devenir et le ressenti de ces enfants et peu sur le déroulement de la grossesse. Ors le faible nombre de consultations et le début tardif du suivi doit nous mettre en garde. Ces grossesses, souvent non désirées, ne sont pas exemptes de toute pathologie, au contraire. Un rejet de la grossesse, des troubles sociaux ou psychiques, peuvent avoir un impact sur son déroulement (6).

Il est donc impératif de connaitre au mieux les pathologies présentes de façon accrue dans cette population afin de les dépister le plus rapidement possible.

Ce travail retracera l'historique de l'accouchement au secret, avec quelques points de législation importants. La population des femmes accouchant sous X sera définie, ainsi que les principales pathologies rencontrées en fin de grossesse.

Pour permettre un meilleur dépistage de ces pathologies, une étude rétrospective à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN) sera réalisée. Cette étude a pour but de déterminer les pathologies et les facteurs de risques majorés dans cette population.

Pour cela 36 dossiers de femmes ayant accouché au secret à la MRUN, sur 10 ans, seront étudiés. Ils seront comparés aux informations de l'enquête de périnatalité de 2010 (EPN2010) réalisée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

A partir de ces résultats les facteurs de risques et les pathologies accrues dans la population des femmes accouchant au secret seront mis en évidence, permettant une meilleure prise en charge de ces femmes.

Partie 1 :

Accouchement au secret et pathologie

1. HISTOIRE ET LEGISLATION

L'accouchement au secret, ou accouchement sous X, est une pratique ancienne, bien que son encadrement soit récent.

1.1. Les origines

Au XVIème siècle, Henri II, roi de France, rend la déclaration de naissance obligatoire et rend l'infanticide illégal sous peine de mort. Le taux d'infanticide va alors diminuer au profit des abandons. (5) (2)

Pour permettre aux parents d'abandonner leurs enfants dans la plus grande discrétion, des « tours » sont mises en place au XVIIIème siècle. Ce système a été repris par l'Allemagne sous le concept de boite à bébé. (5) (7)

Au XIXème siècle, les tours disparaissent et sont remplacées par un bureau ouvert jour et nuit. Il permet d'organiser l'abandon avec la famille tout en gardant une trace de la filiation. Les parents ont un délai d'un mois pour revenir sur leur décision. (1)

1.2. Un début de législation

C'est lors de la seconde guerre mondiale, sous le gouvernement de Vichy, que l'accouchement sous X, tel qu'on le connaîtra, fait son apparition. (2) (5) (3)

Pour protéger les « bâtards » de guerre, un décret-loi protégeant les naissances adultérines est mis en place le 2 septembre 1941. Ce sont les prémices de la législation sur l'accouchement au secret. (8)

1.3. Législation encadrant l'accouchement au secret

De nombreuses lois réglementent l'abandon et l'adoption d'un enfant. Elles permettent de protéger au mieux les femmes et les enfants qui se séparent. Lors d'un accouchement sous X la filiation ne se fait pas (9) (10) (11).

1.3.1. Les bases de la législation

Le Décret-loi n°3763 du 2 septembre 1941 est mis en place par le maréchal Pétain, sous le régime de Vichy. Il instaure clairement l'accouchement sous X moderne dans son premier article. Il permet aux femmes qui désirent abandonner leur enfant à la naissance, d'être accueillies dans tout établissement public apte à prendre en charge leur état.

Le 24 janvier 1974, l'accouchement au secret entre dans le Code de la Santé Publique à travers l'article 20 du décret 74-27 et dans l'article 47 du Code de la famille et de l'action sociale. Il entre dans le Code Civil avec la Loi du 8 janvier 1993 (3).

La précision des modalités d'accouchement au secret à pour but de prévenir les interruptions volontaires de grossesse (IVG), dépénalisées en 1975 par la loi Veil, et de prévenir les infanticides. (5)

1.3.2. Vers une évolution

Avec l'apparition de l'accouchement sous X, s'est posé le problème du droit aux origines. Pour que le droit de ces « mères » de naissance et de ces enfants soit respecté au mieux, différentes lois ont été promulguées.

Loi n° 96-604 du 5 juillet 1996 dit loi Mattei (2) (8)

Elle assouplit la loi de 1993 en permettant aux enfants nés sous X d'accéder à certaines informations quant à leur origine. Ces informations sont contenues dans le dossier de l'aide sociale à l'enfance et accessible par l'enfant, une fois majeur.

Un accompagnement psychologique et social pourra être proposé aux femmes accouchant sous X.

Loi du 22 janvier 2002 :

Cette loi a permis une grande avancée dans la législation sur l'accouchement au secret. En effet, elle a permis la création du Conseil National d'Accès aux Origines personnelles (CNAOP).

2. LES FEMMES QUI ACCOUCHENT SOUS X

2.1. Profil

L'accouchement sous X est une pratique exceptionnelle qui permet à une femme ne pouvant plus ou ne désirant pas avorter, et ne souhaitant pas garder l'enfant de l'abandonner à la naissance. Cette pratique exceptionnelle lui permet de continuer à vivre malgré la grossesse.

Certains pourraient penser que ces femmes peuvent être repérées dans la société, que ce sont « toutes » les mêmes. Or, il n'en est rien. Les différentes études réalisées sur le sujet montrent que chaque demande d'accouchement au secret a une histoire particulière. Ainsi il n'existe pas de profil type permettant de faire une prévention de l'accouchement sous X. Le suivi de ces femmes doit s'adapter à leur histoire.

Toutefois certains caractères personnels sont redondants chez ces femmes :

L'âge moyen de ces patientes est de 26 ans. La moitié d'entre-elles a moins de 25 ans et 1/3 a plus de 30 ans. Dans la moitié des cas, il s'agit de leur premier enfant. 50% de ces femmes vivent dans un logement indépendant et 40% vivent chez leurs parents, les autres sont hébergées dans des foyers ou chez un membre de leur famille. 15% vivent avec leur conjoint.

La plupart ont une situation professionnelle précaire. Seules 28% d'entre elles ont un emploi et 32% sont étudiantes. 11% de ces femmes sont au chômage et 11% ont une activité professionnelle précaire. 90% des femmes ont un niveau d'étude égal ou supérieur à un BAC+2.

1 femme sur 5 était de nationalité étrangère, ce qui est la même proportion que dans la population générale. Par contre, les femmes d'origine maghrébine qui sont de nationalité française sont plus représentées que dans la population générale, notamment pour celles ayant entre 18 et 25 ans.

Ces femmes ne bénéficient d'un soutien familial que dans 4 % des cas. (10) (6) (12)

2.2. Découverte de la grossesse et prise de décision

L'accouchement sous X est une alternative pour les femmes ne désirant pas garder leur enfant et ne pouvant, ou ne voulant, pas avorter. Certaines vont faire ce choix par conviction religieuse, familiale, mais la majorité dépassent le délai légal de l'IVG, situé à 14 Semaines d'Aménorrhée (SA), et ne voulant pas d'enfant, n'ont plus d'autres alternatives.

2.2.1. Découverte

7 femmes sur 10 découvrent leur grossesse après 14 SA, réduisant ainsi les alternatives possibles à l'IVG.

Elles ne sont que 15% à découvrir leur grossesse au premier trimestre. Ce taux passe à 46% au deuxième trimestre et 39% au troisième trimestre. Contrairement aux idées reçues, seules 5% des femmes découvrent la grossesse entre 40 SA et l'accouchement.

D'après ces résultats, on peut observer que la majorité des femmes réalise un déni de grossesse plus ou moins long. Ce déni est plus important chez les jeunes femmes mineures. La découverte tardive de la grossesse a un impact sur la prise de décision d'abandonner l'enfant, et sur la prise en charge de la grossesse par les professionnels de santé.

2.2.2. Décision

La décision d'accoucher au secret peut se faire à tout moment de la grossesse et de l'accouchement, mais la majorité des femmes prennent cette décision avant l'accouchement. 9 femmes sur 10, découvrant leur grossesse avant 8 mois, prennent la décision avant la naissance, contre 52 % pour celles qui découvrent la grossesse à 9 mois.

Dans 80% des situations la décision est prise seule par la femme. De sorte que le père intervient dans seulement 20 % des cas. Les femmes n'osent généralement pas dire lorsque cette décision leur est imposée par le partenaire.

Quelques-unes des femmes ont découvert la grossesse suffisamment tôt pour réaliser une IVG, et parfois elles ont même désiré et accepté l'enfant. La décision de l'abandonner résulte alors de circonstances exceptionnelles :

- Séparation du couple ;
- Décès du conjoint ou d'un enfant ;
- Découverte d'un handicap chez l'enfant à naitre.

D'autres femmes restent dans le silence en attendant que leur état disparaisse de lui-même et se retrouvent dans l'incapacité de réaliser une IVG.

Les causes d'abandon sont variées, bien que l'histoire familiale et les relations complexes à la mère soient à évoquer.

La relation au père géniteur

Elle est évoquée dans 43 % des situations.

- La séparation est présente dans 24 % des cas ; Elle fait souvent suite à une relation brève ou adultérine. La grossesse est généralement découverte après la séparation.
- Le comportement marginal, voir violent du père est évoqué dans 10% des cas.
- Le refus du conjoint à devenir père est présent dans 7 % des situations.

Une situation économique et sociale

Une situation économique et sociale précaire est retrouvée chez 28% des femmes. Elle se cumule avec des problèmes de relation avec le père dans 12% des cas.

Investissement de l'enfant

Ces femmes sont 19% à se sentir incapables d'investir leur enfant. Cela fait souvent suite à un déni de grossesse. Les patientes ont moins de temps pour s'adapter à cette grossesse et à l'investir. Dans certains cas la grossesse fait suite à une relation non consentie avec le partenaire, voire à un viol ou un inceste, rendant l'investissement de la grossesse plus difficile.

Situation professionnelle

La poursuite des études ou l'importance d'une carrière est présent dans 5% des décisions d'abandon. Les femmes considèrent la grossesse comme un frein pour leur carrière. D'autre part la population des femmes accouchant sous X étant composée de 32% d'étudiantes il est compréhensible qu'elles soient nombreuses à privilégier la poursuite de leurs études.

Entourage familial

Le rejet familial ou de la communauté est une des causes de l'abandon dans 11% des situations. Cette cause est présente notamment dans la famille d'origine maghrébine et musulmane.

Les causes d'abandon sont multiples et variées, il ne s'agit là que des causes les plus fréquemment rencontrées. Cette décision fait souvent suite à une histoire personnelle.

2.3. La place du père

La décision d'accoucher sous X est souvent prise seule par la femme. En effet, dans 60% des cas, elles ne partagent pas le secret de la grossesse, que ce soit avec leur famille, avec leur conjoint ou le père de l'enfant.

Dans la moitié des cas, le père n'est pas averti de la grossesse et 1 fois sur 10, bien que la grossesse soit connue, il n'est pas informé du projet d'abandon et de la date de l'accouchement. Seul 1/3 des pères est prévenu du projet d'accouchement au secret. Ils sont plus nombreux à prendre part à la décision lorsqu'ils vivent en couple avec la femme (2/3) que lorsqu'ils sont séparés (1/3).

Bien que peu présents, ils sont souvent à l'origine de la décision de la femme d'accoucher dans le secret.

2.4. Les difficultés du suivi chez les femmes accouchant sous X

Le suivi des femmes souhaitant accoucher au secret est souvent plus difficile que celui des femmes de la population générale. Ces difficultés sont dues à plusieurs facteurs.

2.4.1. Le suivi de la grossesse

Le suivi de la grossesse chez les femmes souhaitant accoucher dans le secret est difficile. La moitié des femmes découvrant leur grossesse avant 12 semaines de grossesse (SG) la font suivre. Plus la découverte est tardive, plus la proportion de femmes faisant suivre leur grossesse diminue. Elle passe à 39% pour celles découvrant leur grossesse à 7 mois, à 26% à 8 mois et 15 % à 9 mois.

Au final, elles sont 45 % à ne pas avoir bénéficié de consultations prénatales et 45 % à n'en avoir eu qu'une.

Ce faible taux de consultation est dû à plusieurs facteurs.

Le manque d'informations

La grande majorité des femmes ne savent pas qu'il est possible de consulter gratuitement et sans donner son identité dans une maternité lorsqu'elles souhaitent abandonner leur enfant.

La peur du jugement

Dans une société où l'enfant est sacralisé et où la maternité est idéalisée, ces femmes ont peur d'être jugées et de subir l'opprobre de la population. En allant consulter un professionnel de santé elles se soumettent à son jugement.

Le déni de grossesse

Ces femmes sont nombreuses à réaliser un déni de grossesse, qui se combine à un déni de leur sexualité. Une fois le déni levé, elles pensent qu'il est trop tard pour consulter et ont peur d'être jugées.

Tout cela combiné engendre une difficulté du suivi, que ce soit pour la femme ou les professionnels de santé. En effet, les consultations prénatales, proposées à toutes les femmes enceintes, doit permettre un accompagnement des patientes et le dépistage des pathologies lors de la grossesse. Lorsque ce suivi n'est pas réalisable, des difficultés de prise en charge, que ce soit sur le plan somatique ou psychologique, vont apparaitre.

Il n'est pourtant nécessaire que d'une consultation, pour permettre à la femme de bénéficier d'un accompagnement psychologique, social et médical.

Le terme étant imprécis, il nous est difficile d'évaluer correctement le bon déroulement de la grossesse et la croissance du fœtus.

2.4.2. Un processus d'abandon

L'accompagnement des femmes accouchant sous X se différencie des autres femmes. Contrairement aux patientes classiques, il s'agit d'une grossesse généralement non investie, qui n'aboutira pas à la création d'une famille. Les patientes ne désirent pas devenir mère. Les dimensions juridiques et psychiques de la filiation ne peuvent pas se mettre en place.

Ces patientes sont dans une démarche d'abandon qui rend la prise en charge différente. Notre rôle consistant à favoriser le lien mère-enfant n'est pas applicable. Notre objectif est de les aider à vivre leur grossesse au mieux à travers le processus d'abandon. (1) (13) (7)

Etre mère

Etre parent n'est pas un acte qui va de soi. Il ne s'agit pas seulement d'un acte biologique. On ne nait pas parent, on le devient.

Dans chaque société, la notion de parentalité est définie en fonction de la représentation de l'enfant, de sa place dans la famille et de la place de la famille dans la

société. De sorte que la bonne mère est souvent définie comme une génitrice assurant ses responsabilités et ses fonctions maternelles.

La narration

« Si un parent ne se reconnait pas dans son enfant, ce dernier sera vécu comme une menace, persécutant pour lui, son couple, sa famille. » (1)

Sans mots, rien ne pourrait être défini, et rien ne pourrait exister pour nous. C'est à travers les mots que nous exprimons nos sentiments, nos impressions et c'est à travers eux que nous acceptons l'existence des choses. Pour que quelque chose existe, elle doit être nommée.

C'est pour cela que l'enfant doit être pensé, nommé. Tant qu'il n'aura pas pris vie dans la tête de sa « mère », il ne pourra pas être en vie. Il doit être relié à la vie par des mots, afin que son existence soit reconnue, et qu'il soit relié à une histoire. Un enfant ne pourra naitre que d'une mère qui se déclare mère, c'est à dire qu'elle aura nommé son état. C'est seulement à ce moment que l'on pourra parler d'acte de renoncement. On ne peut pas abandonner quelque chose que l'on n'a pas nommé.

Pour qu'un fœtus devienne l'enfant de ses parents il faut qu'il ait été pensé et désiré par eux.

La grossesse

Avant de pouvoir être mère et accepter son enfant, la femme doit construire sa maternité. Comment pourrait-elle devenir mère si elle n'a pas eu de maternité ? L'enfant doit avoir une existence dans le psychisme de sa mère. S'il existe une faille dans le principe de narration, des dysfonctionnements vont apparaitre lors de la grossesse, notamment le déni.

Le travail de l'abandon est concomitant au déroulement psychologique de la grossesse et va se dérouler en trois phases :

1. <u>Le premier trimestre</u> : la femme qui veut abandonner son enfant est sous le choc de l'annonce, elle sort du déni qui la protégeait de l'extérieur. Cette découverte peut se faire tard dans la grossesse, jusqu'à la levée du déni. La grossesse est hors de la réalité et du temps, l'enfant n'existe pas dans la conscience de sa mère. Il ne peut pas « être ». C'est au rythme

des rencontres qu'il va prendre sa place et que l'évocation de l'histoire de séparation va être possible. A ce moment, l'objectif principal de la femme est l'arrêt de cette grossesse non désirée.

2. Le deuxième trimestre : l'enfant entre dans le psychisme de la femme, elle le relie à la vie en narrant son existence. La place impossible de cet enfant est évoquée, en fonction de l'histoire de son père et de sa mère.
3. Le troisième trimestre : c'est à ce moment que les questions sur ce qu'elles doivent transmettre de leur histoire à l'enfant vont se poser. Notamment à travers la question des origines.

« Toute intrigue anachronique est une sorte d'écho du passé où se cache un sens à trouver et que le Moi qui agit devant nous aujourd'hui nous fait signe à travers son incohérence » (De Mijolla)

Tout acte a une origine plus ou moins lointaine. L'abandon n'est pas un acte illogique, il entre dans une histoire de deux personnes qui ne se sentent pas aptes à élever leur enfant biologique, et n'arrivent pas à le considérer comme tel. Si la « mère » n'arrive pas à accepter cet enfant dans son psychisme, des anomalies vont apparaitre sur la grossesse. L'inconscient va déborder sur le conscient à travers des symptômes somatiques.

2.4.3. Le déni de grossesse

Le déni de la grossesse est un symptôme énigmatique. Il traduit une difficulté psychologique à accepter la possibilité d'être enceinte. Le psychisme de la femme cache la grossesse à sa conscience, et à son entourage. Il est présent dans 70% des accouchements sous X. (14) (15)

Définition

Le déni est un mécanisme défensif et inconscient de l'esprit. Il signifie que la femme n'est pas consciente de son état « d'être enceinte ». Cet état est réversible mais nécessite un accompagnement des équipes soignantes.

Mécanismes

Lors de la découverte de la grossesse tous les éléments « preuves » sont extérieurs : échographie, test de grossesse, signes cliniques. Le « Moi » doit s'adapter au « locus » de la maternité sans réserve. La partie inconsciente du psychisme doit être en accord avec le schéma corporel. C'est un moment important qui peut engendrer une crise et un rejet de la maternité quand le « Moi » ne s'adapte pas au locus de la maternité. (16)

Quand il est conscient, ce rejet de la maternité aboutit à une IVG. Mais quand il est inconscient, on observe des fausses couches spontanées (FCS) ou des dénis de grossesse.

Dans ce cas le « Moi » s'oppose au locus de la maternité, le nie et le dénie. Il apparente le locus de la maternité à un danger. Pour se défendre il met alors en place le déni de la grossesse. (17). Le psychisme refuse la possibilité qu'il y ait un autre que soi dans son Corps. La nidification psychique de la grossesse ne peut se faire correctement (15).

Degré de déni de grossesse

Le déni

La grossesse est imperceptible pour la conscience de la femme. La gestation se fait dans l'ignorance totale de la présence de l'enfant à naitre et de toutes les modifications qui s'y rattachent.

- Total : jusqu'à l'accouchement
- Partiel : déni levé avant l'accouchement

La dénégation

Les modifications corporelles sont reconnues et identifiées. La possibilité de la présence d'un enfant est évoquée, mais aussitôt refoulée. D'autres explications sont alors trouvées afin d'expliquer les changements physiques dus à la grossesse.

La dissimulation

La grossesse est perçue et connue par la femme, mais elle le cache consciemment. La raison de la dissimulation de la grossesse est parfois inconsciente et très complexe.

De nombreux mécanismes psychiques interviennent dans le déni de grossesse. Ils ont un impact sur les mécanismes de gestation psychique. Les transformations corporelles, dues à la grossesse, sont altérées et peuvent aboutir au déni de la présence de l'enfant à naitre, et ainsi parfois entraîner à des infanticides.

Le suivi et l'accompagnement de la grossesse est d'autant plus important que ce sont souvent des patientes isolées, perdues qui ne savent pas ce qui les attend. Elles se retrouvent confrontées à une situation qu'elles n'ont pas désirée, face à des changements corporels et psychologiques importants qui peuvent les perturber. En effet, bien que les changements physiques de la grossesse soient les signes les plus visibles des modifications qui apparaissent, il existe en même temps un réarrangement psychologique important qui, sans soutien de l'entourage, peut avoir un impact important sur le déroulement de la grossesse.

3. PATHOLOGIES COURANTES DE FIN DE GROSSESSE

La grossesse est souvent un état désiré, programmé par les femmes et les couples. Elle est réfléchie et source de changements, visibles sur le plan physique, mais aussi sur le plan psychique. Soumises aux différentes pressions générées par la société, la famille et le couple, les femmes doivent se rapprocher de l'image de la bonne mère. Cela peut engendrer un mal être chez ces femmes, ces futures mères, alors qu'elles sont en pleine mutation identitaire. De femme, elles doivent devenir mère. Cette évolution sera d'autant plus difficile lorsqu'il existe un conflit ou si la grossesse est ignorée et gardée secrète. (12) (13)

Les pathologies de fin de grossesse sont nombreuses et souvent très bien connues des professionnels de santé. Leurs causes physiologiques sont recherchées lors de la grossesse afin de dépister les patientes à risque. Hélas, nous nous contentons souvent des aspects somatiques de ces maladies, alors qu'une composante psychologique est souvent présente à un moment ou à un autre du développement de ces pathologies.

Chez les femmes fragiles sur le plan narcissique, les angoisses sont telles qu'elles peuvent se propager à des symptômes somatiques. On peut observer l'apparition d'insomnie, de prise de poids importante, de Menace d'Accouchement Prématuré (MAP), d'Hypertension Artérielle (HTA) et de Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU). (4)

3.1. Somatisation

Nous avons tous déjà entendu : « c'est psychosomatique » de la part d'un proche ou d'un médecin. L'esprit peut-il vraiment avoir un impact sur notre corps au point de faire apparaitre les symptômes de certaines maladies ?

Ces symptômes peuvent être présents à tous les niveaux de prise en charge médicale. Ils sont fréquents dans la population générale et ont des causes multifactorielles. En outre ils peuvent être associés à des troubles psychologiques importants (troubles anxieux…). (18)

3.1.1. Définition

Plusieurs éléments sont à distinguer dans les troubles psychosomatiques pour bien comprendre la physiopathologie.

Les symptômes fonctionnels

Ce sont des symptômes qui n'ont pas d'explication au niveau tissulaire, physiologique du corps.

Les plaintes somatiques, fonctionnelles

Ce sont les plaintes qui sont à l'origine de la décision de consulter.

Somatisation

Elle a plusieurs définitions. Pour ce travail, la définition retenue sera « l'expression d'une détresse personnelle et sociale sous forme de langage de plainte somatique avec recherche de soins médicaux ».

3.1.2. Comment diagnostiquer une origine psychosomatique ?

L'expression des troubles psychosomatiques est diverse et variée. Elle peut aller de simples vertiges, nausées, maux de ventre à des expressions beaucoup plus importantes comme des MAP. La question qui se pose est « la pathologie est-elle réellement d'origine psychologique ou existe-il une origine physiologique ? ». La recherche d'éléments psychosomatiques se fera souvent lorsqu'aucune cause somatique de la maladie n'aura été trouvée.

Cette question se pose d'autant plus que la majorité des patientes sont réticentes à l'intervention d'un psychologue. La période de grossesse est donc un moment privilégiée. La patiente étant à la recherche d'un réfèrent et la transparence psychique permettant de voir au mieux les traumatismes existants. (19)

3.2. La menace d'accouchement prématuré et l'accouchement prématuré

3.2.1. Définition

Accouchement prématuré

Selon l'Organisation Mondial de la Santé (OMS) un accouchement prématuré est un accouchement ayant lieu entre 22 SA et 37 SA, avec un fœtus de plus de 500g.

Plusieurs stades de prématurité sont définis en fonction du terme de la grossesse. La connaissance de ces différents degrés de gravités va permettre d'adapter la prise en charge des patientes, notamment en réalisant des transferts materno-fœtaux lorsque cela est nécessaire. (20) (21) (22)

Menace d'accouchement prématuré

La MAP est définie par l'apparition de contractions, avec modifications cervicales. S'il n'y a pas d'intervention elle mène à un accouchement prématuré.

Les MAP sont accompagnés d'une Rupture Prématurée des Membranes (RPM) dans 30% des cas.

La difficulté de suivi des femmes accouchant sous X entraine un retard de dépistage. Couplé à un déni de grossesse, ce manque de suivi retarde le dépistage des MAP.

3.2.2. Dépistage

L'appréciation cervicale, lors d'un examen de routine, est l'examen de dépistage le plus utilisé. Hélas, il a une mauvaise prédiction. On retrouve en effet 40 % de faux positif en ne se basant que sur le Toucher Vaginal (TV).

Le score de Papernik, prenant en compte différents facteurs socio-économiques et personnels a été longtemps utilisé, malheureusement on retrouve beaucoup de faux positifs et de faux négatifs, de sorte qu'il est peu employé.

3.2.3. Les étiologies d'accouchement prématuré

L'accouchement prématuré peut avoir de nombreuses étiologies, il est nécessaire de les dépister pour les prévenir et les traiter.

Les causes infectieuses

Dans 20 à 75 % des accouchements prématurés, une chorio-amniotite placentaire est retrouvée et dans 30 à 60%, lors de l'analyse des membranes, une infection des membranes est retrouvée.

Les germes les plus souvent rencontrés sont les streptocoques, les chlamydiae, les trichomonas et mycoplasmes.

Les causes anatomiques

Une béance cervico-vaginale peut être à l'origine de fausses couches ou d'avortement tardif. Un cerclage vers 15–16 SA peut être mis en place chez les femmes présentant des antécédents. Malheureusement, chez les femmes accouchant au secret il est difficile de réaliser ce type de prévention, la grossesse étant découverte et suivie tardivement.

De même, des malformations utérines peuvent être à l'origine de MAP, notamment des utérus unicornes, bicornes ou cloisonnés.

Les causes fœtales

Les causes de MAP sont parfois en relation avec la grossesse elle-même, que ce soit par rapport à une pathologie présente tout au long de celle-ci, ou par la survenue d'un accident.

- Une surdistension utérine
- Une anomalie de placentation
- La RPM est retrouvée dans 4 à 7% des grossesses. Elle engendrera un accouchement prématuré dans 30% des cas.

Les antécédents :

Pour repérer les risques d'accouchement prématuré chez les patientes il est nécessaire de connaitre leurs antécédents et leur histoire.

Les risques sont accrus lorsqu'il existe :

- Des antécédents d'accouchement prématuré
- Un délai inférieur à 12 mois entre deux grossesses
- Des menaces de fausse couche au premier trimestre
- Des antécédents d'IVG (>3)
- Des antécédents de conisation

Au niveau socio-économique on retrouve plus d'accouchement prématuré chez :

- Les femmes noires
- Les femmes ayant une faible prise de poids pendant la grossesse, ou présentant une maigreur en début de grossesse (Indice de Masse Corporelle (IMC) < 20)
- Les mineures
- Les femmes présentant des addictions
- Les femmes présentant des facteurs socio-économiques difficiles (surmenage, travail difficile, chômage, grossesse illégitime, précarité)
- Un mauvais suivi de la grossesse, de par un retard de dépistage des MAP, et donc aucun traitement mis en place.

3.2.4. Composante psychologique

La menace d'accouchement prématuré représente 60% des pathologies survenant pendant la grossesse. Elle traduit corporellement une difficulté de la femme à vivre pleinement sa grossesse. Cette difficulté peut avoir plusieurs origines : le stress, des perturbations psychologiques ou une anxiété. (23) (24)

La gestation est un moment de la vie qui renvoie la femme vers son passé, il existe un réaménagement psychologique qui peut être éprouvant et avoir un impact sur le déroulement de la grossesse. En effet, lors de la grossesse, la femme va anticiper le futur par l'arrivée de l'enfant dans la famille, mais pour cela elle va être renvoyée vers

son passé, grâce à plusieurs mécanismes psychiques, afin de résoudre les conflits latents qui existent en elle. (19) (17)

Des études récentes ont montré que des facteurs psychologiques peuvent entrainer des faits somatiques tels que les MAP. Un grand nombre d'évènements et d'attitudes négatives sont retrouvés chez les femmes ayant un Accouchement Prématuré (AP). ces évènements vont engendré une anxiété et augmenter le risque de MAP.

La MAP intervient lorsqu'un évènement biologique et un évènement psychologique s'entrecroisent. Cette rencontre s'exprime somatiquement, car elle se fait généralement inconsciemment. Il existe souvent une fragilité narcissique dans la population des femmes accouchant prématurement (alcoolisme, addiction). De même, on observe l'apparition d'élèments dépressifs chez ces femmes.

Plusieurs composantes psychologiques ont été retrouvées chez les femmes à risque de MAP :

- Une difficulté à vivre les modifications de l'image corporelle (prise de poids, modification de la silhouette)
- Une absence de sentiment de plénitude du temps de la grossesse
- Un comportement pressé dans le quotidien et une attitude active vis-à-vis des échéances
- La place peu importante du père de l'enfant
- Une pauvreté du lien de filiation
- Une importance exagérée accordée aux superstitions et croyances.

Les femmes qui décident d'accoucher sous X regroupent plusieurs de ces facteurs. En effet, elles ont souvent du mal à accepter les changements physiques dus à la grossesse, de sorte que l'on observe souvent un déni de cet état. Elles cachent les modifications corporelles de la grossesse à elle-même et à l'entourage. La grossesse est souvent vécue difficilement par ces femmes, de sorte que le sentiment de plénitude est rarement présent.

Les pères sont très peu présents dans ces histoires.

La MAP peut être considérée comme un appel à l'aide des patientes pour résoudre un conflit inconscient. C'est un appel à l'aide de l'équipe médicale à travers des symptômes somatiques.

3.3. L'hypertension artérielle gravidique et ses complications

L'HTA est une des maladies de la grossesse les plus fréquentes. En effet, 10 à 15% des femmes enceintes vont souffrir d'HTA. On distingue l'HTA chronique de l'HTA gravidique qui disparaît dans les 12 semaines qui suivent l'accouchement.

Le traitement de base de cette maladie est le repos strict, physique, mais aussi mental. En effet, le stress et l'anxiété ont un impact négatif sur les chiffres tensionnels et risque d'engendrer des complications si cela persiste. (25) (26) (27)

3.3.1. Dépistage

Le dépistage de l'HTA se fait par deux mesures pathologiques prise à 6 H d'intervalle. Lors de la grossesse la tension est prise à chaque consultation.

3.3.2. Complications

Les complications de l'HTA sont plus inquiétantes que l'HTA en elle-même. Leur apparition est souvent due à une absence de prise en charge de la patiente. De sorte que l'HTA persiste et engendre des complications pour la femme et pour son enfant.

La pré-éclampsie est la complication majeure de l'HTA. Elle se traduite par une HTA sévère, accompagnée d'une protéinurie des 24 heures supérieure à 0,3 g/l. Sans traitement, elle peut évoluer vers une éclampsie et un HELLP syndrome. Ces complications sont dangereuses pour la mère comme pour l'enfant

L'HTA a des conséquences sur la grossesse. Elle peut être à l'origine d'un HRP ou d'un RCIU par altération des échange materno-fœtaux. Elle peut aussi entrainer une défaillance multi-viscérale chez la mère.

Ces complications n'interviennent pas à chaque grossesse, et certaines sont très rares. Mais, si l'HTA n'est pas traitée, leur apparition est possible. Quand les thérapeutiques médicamenteuses ne suffisent plus, il est parfois nécessaire d'avoir recours à une approche psychologique pour diminuer le stress et l'anxiété à l'origine de certaines poussées tensionnelles.

3.3.3. Etiologies

Facteurs personnels

L'HTA est une pathologie beaucoup plus fréquente chez les femmes nullipares et ayant entre 18 et 40 ans. Certains antécédents sont à prendre en compte pour dépister les femmes à risque de développer une HTA gravidique notamment les antécédents d'HTA et de pré-éclampsie dans la famille. Des facteurs comportementaux entrent aussi en jeux. Le tabagisme et l'utilisation d'une contraception par oestroprogéstatif (OP) avant la grossesse augmentent les risques de développer une HTA. (16)

Facteurs liés à la grossesse

Certains facteurs liés à la grossesse elle-même augmentent le risque d'HTA. Ainsi, on observe plus d'HTA lors de grossesses multiples et chez les patientes primipares. La primiparité ou un intervalle long entre deux grossesses sont des facteurs de risque très présents.

De plus, lors de grossesse illégitime, on retrouve plus d'HTA que lors d'une grossesse légitime.

L'HTA est une pathologie courante et bien connue de la grossesse. Bien que les traitements médicamenteux soient souvent suffisants pour la traiter, il est nécessaire d'agir sur le comportement des patientes afin d'éviter les complications. Un repos physique et mental est nécessaire. Lors d'un accouchement sous X, le stress des patientes est d'autant plus important car elles font tout pour cacher leur grossesse, augmentant ainsi les risques d'HTA.

3.4. Le retard de croissance intra-utérin

Le RCIU est l'une des causes principales de morbidité et de mortalité néonatales. (28) (29) (30)

La croissance fœtale est un reflet fidèle de l'état de santé du fœtus. Elle dépend de nombreux facteurs, ses conditions de vie intra utérine et notamment les échanges fœto-placentaires. Lorsque ces facteurs sont altérés, on assiste à un retard de croissance intra utérin.

3.4.1. Définition

Le RCIU se définit par rapport à des courbes de croissance, établies grâce à l'étude de la population. Ces courbes permettent d'observer une altération ou une cassure de la croissance fœtale.

Le RCIU est classé en fonction de sa sévérité :

- RCIU : croissance inférieure au 10ème percentile des courbes de croissance.
- RCIU sévère : croissance inférieure au 3ème percentile des courbes de croissance.

Et des mesures altérées :

- Harmonieux : toutes les mensurations du fœtus sont inférieures à la normale. C'est souvent signe d'un RCIU ancien. Il concerne 20 à 30% des fœtus.
- Disharmonieux : Les mesure du périmètre céphalique sont normales. Seules les mesures du corps de l'enfant sont atteintes. Il représente 70 à 80% des RCIU.

Le RCIU sera réellement diagnostiqué à la naissance, avec la présence d'une hypotrophie, soit un poids inférieur à 2500g.

3.4.2. Dépistage

L'évaluation de la croissance fœtale se fait à travers divers examens. Elle nécessite de connaitre le début de l'âge gestationnel. Ce dépistage est difficile pour les femmes accouchant au secret, vu les difficultés de suivi.

- Examen clinique : la mesure de la hauteur utérine à chaque consultation permet d'observer l'évoluation de la croissance.
- L'échographie : il s'agit de l'examen de référence pour l'estimation du poids fœtal. Il existe une erreur de 15 % en moyenne.

3.4.3. Facteurs de risques

Antécédents obstétricaux

- Des antécédents de RCIU vasculaire ou d'une pathologie vasculaire, notamment la pré-éclampsie lors d'une grossesse précédente.
- Si la patiente porte une malformation utérine le risque est augmenté, notamment chez les femmes ayant un utérus unicorne, bicorne cloisonné ou présentant des fibromes.

Antécédents maternels

Un âge maternel supérieur à 35 ans augmente les risques de RCIU de même qu'un intervalle de moins de 6 mois entre 2 grossesses.

Certaines pathologies maternelles vont favoriser les RCIU, notamment l'HTA et la pré-éclampsie.

Comportement maternel

Certains comportements maternels sont à l'origine d'un RCIU :

- La malnutrition maternelle chronique. En effet, la grossesse nécessite un apport nutritionnel de meilleure qualité.
- Un comportement addictif au tabac, médicament, alcool ou drogues. Ces addictions entraines des malformations ou des altérations des échanges materno-fœtaux.

La grossesse

Certains facteurs liés à la grossesse actuelle peuvent être à l'origine de l'apparition de la pathologie :

- Les grossesses multiples (20 à 50 % de RCIU).
- Anomalie des annexes
- Prise de poids pendant la grossesse: une faible prise de poids pendant la grossesse multiplie par 2 le risque de RCIU. De même qu'un faible poids maternel au début de la grossesse. Ce paramètre est difficile à évaluer chez les femmes accouchant au secret. Elles ne font pas suivre leur grossesse dès le départ de sorte que l'on ne peut pas évaluer objectivement la prise de poids.
- Infection materno-fœtale : on retrouve une infection, à l'origine du RCIU, dans 1 à 5% des cas.

3.4.4. Etiologies

Les étiologies des RCIU sont nombreuses et connues, malgré tout il reste 30% de cette pathologie qui ne trouvent pas d'explication somatique après la naissance. D'autres origines doivent donc être à rechercher.

Les principales causes de RCIU sont des anomalies vasculaires (1/3 des cas). Elles sont provoquées par un déficit en apport placentaire en nutriment et en oxygène. Les autres causes regroupent des anomalies chromosomiques et des malformations.

L'HTA, le RCIU et la MAP sont les pathologies les plus fréquentes rencontrées pendant la grossesse. Ces pathologies ont de nombreuses étiologies organiques, ou liées à l'activité. Mais on peut observer qu'une grande part psychologique peut entrer en compte, que ce soit dans l'origine de la pathologie ou dans l'évolution vers une complication. Cette composante psychologique est difficile à appréhender par les soignants qui se basent essentiellement sur les facteurs de risques somatiques et comportementaux.

Parfois il est nécessaire de chercher ailleurs l'origine de la maladie (18).

Partie 2 :

Etude des femmes accouchant au secret à la MRUN

1. PROBLEMATIQUE

A travers la revue de la littérature, nous avons pu observer que l'accouchement sous X est une pratique peu fréquente mais toujours présente. Elle concerne des femmes qui sont isolées, seules face à une situation qui les dépasse parfois et leur permet de ne pas subir une grossesse qu'elles ne désirent pas.

Les difficultés qu'elles rencontrent peuvent avoir un impact sur le déroulement de la grossesse. Que ce soient des difficultés pratiques, notamment le suivi de la grossesse, ou des difficultés psychologiques qui peuvent s'extérioriser à travers des symptômes physiques. En effet, des études sur les MAP ont montré l'intérêt d'un soutien psychologique pour leur prise en charge et ainsi diminuer les risques d'AP.

La problématique est la suivante : existe-t-il une réelle augmentation des pathologies de fin de grossesse chez les femmes accouchant sous X ? Si oui, est-ce dû au fait que ce soit une population à risque ?

1.1. Objectif

Mon objectif principal est de montrer qu'il existe une augmentation significative des pathologies de fin de grossesse à type de MAP, accouchement prématuré, HTA et ses complications, et RCIU chez les femmes accouchant au secret. Et de prouver que cette augmentation n'est pas due à des facteurs de risques plus présents dans cette population.

L'objectif secondaire de cette étude est de permettre aux soignants qui prendront en charge ces patientes de les accompagner au mieux et de dépister le plus rapidement possible (du fait du peu de consultation de ces femmes) les pathologies qu'elles peuvent développer.

1.2. Hypothèses

L'hypothèse principale de cette étude est qu'il existe une augmentation des pathologies de fin de grossesse dans cette population.

Ma deuxième hypothèse est que cette augmentation n'est pas due à la présence accrue de facteurs de risque chez ces femmes.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude

L'étude porte sur les accouchements sous X réalisés à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN) entre janvier 2002 et décembre 2011, soit sur 10 ans. Cela représente 36 dossiers au total.

L'étude a été réalisée sur les dossiers des femmes accouchant au secret gardés aux Archives de la Maternité. Ils sont anonymés selon le protocole de la MRUN. Ils sont disponibles après demande auprès du DIM avec justification de la demande.

2.2. Population étudiée

La population étudiée est celle des femmes ayant accouchées au secret à la MRUN entre 2002 et 2011, soit sur une période de 10 ans. Toutes les femmes ayant accouchées sous X sont inclues dans l'étude.

2.3. Grille de recueil

Les données ont été collectées grâce à une grille de recueil présente en annexe 1. Elle permet de recueillir les facteurs de risques de chaque pathologie et les facteurs de risques de l'accouchement au secret.

Elle recherche les caractères suivants :

- La situation de la femme : âge, situation maritale, gestité, parité….
- Les antécédents personnels et familiaux : IVG, FCS, diabète …
- Le déroulement de sa grossesse : moment de découverte de la grossesse, nombre de consultations….
- Les données de l'accouchement : âge gestationnel (AG), mode d'accouchement…
- Les informations concernant le nouveau-né à la naissance. : poids, taille, APGAR…

2.4. Analyse statistique

La saisie des données a été réalisée sur le logiciel Excel. Elles ont été analysées sur Excel et epiinfo 7.

L'analyse des données s'est fait en deux étapes :

- La première étape est descriptive. Elle consiste à la description des données collectées. Les données qualitatives sont décrites avec des pourcentages, tandis que les données quantitatives seront décrites avec des moyennes et écart type.
- La deuxième étape est statistique. Elle permet d'analyser la présence des pathologies en fonction des facteurs de risques présents.

Les pourcentages sont comparés grâce au test exact de Fisher, avec calcul d'odds ratio et son intervalle de confiance à 95%.Les moyennes sont comparées grâce à un test de Student. La limite de significativité est de $P< 5\%$.

3. RESULTATS

3.1. Situation personnelle

3.1.1. Age

La moyenne d'âge des femmes accouchant sous X était de 25,81 +/- 6,6451. La plus jeune patiente avait 15 ans et la plus âgée avait 41 ans. 11,11 % des patientes étaient mineures.

L'âge n'était pas renseigné pour 4 patientes.

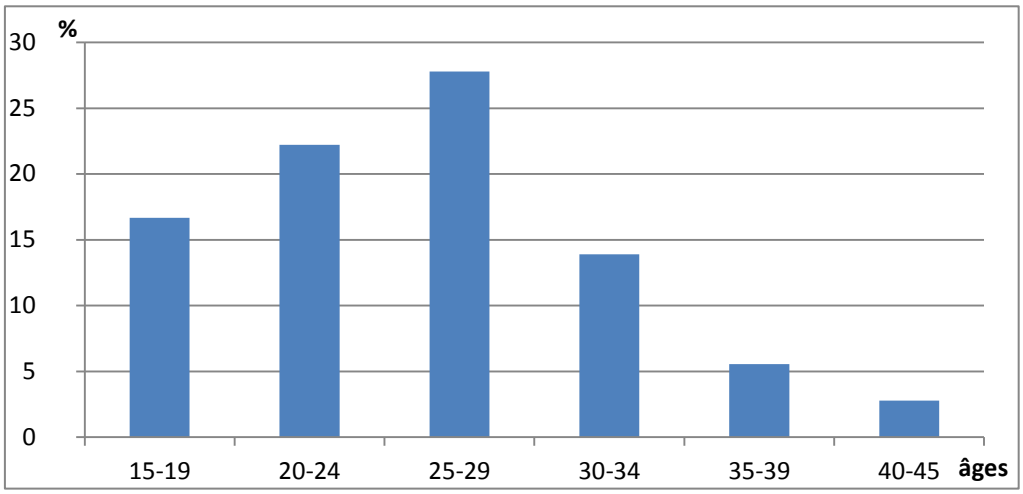


Figure 1 : répartition des âges des femmes

3.1.2. Situation maritale

La situation maritale des patientes était inconnue dans 19,44% des cas.

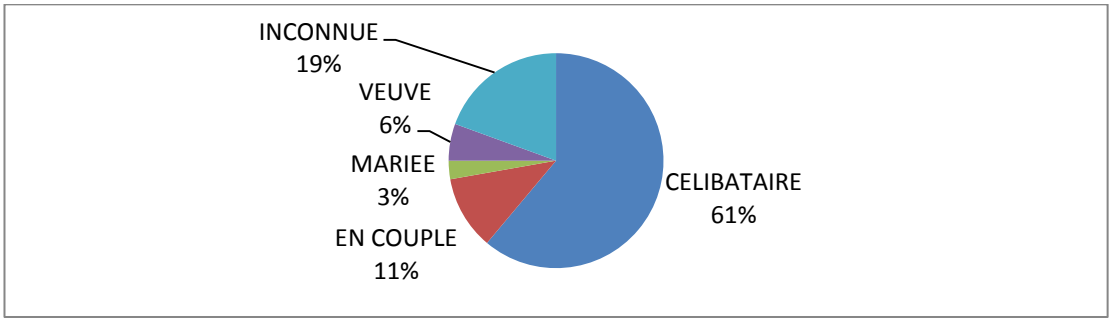


Figure 2 : situation maritale

Dans la majorité des cas, les femmes accouchant sous X à Nancy étaient célibataires.

Les femmes étaient en couple dans 13,89% et parmi elles 20% étaient mariées. Le père était décédé au début de la grossesse pour 6% d'entre elles.

3.1.3. Origine géographique

L'origine géographique des patientes n'était pas renseignée dans 27,78% des dossiers.

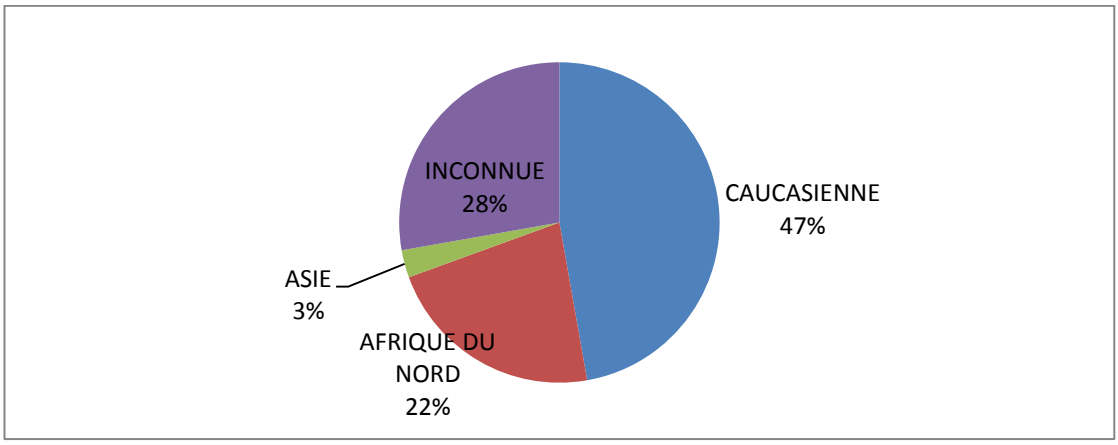


Figure 3 : origine géographique

La majorité des patientes étaient d'origine française. Il y avait très peu de femmes d'origine asiatique dans cette population.

3.1.4. Profession

La profession des patientes n'était pas indiquée dans 25% des cas.

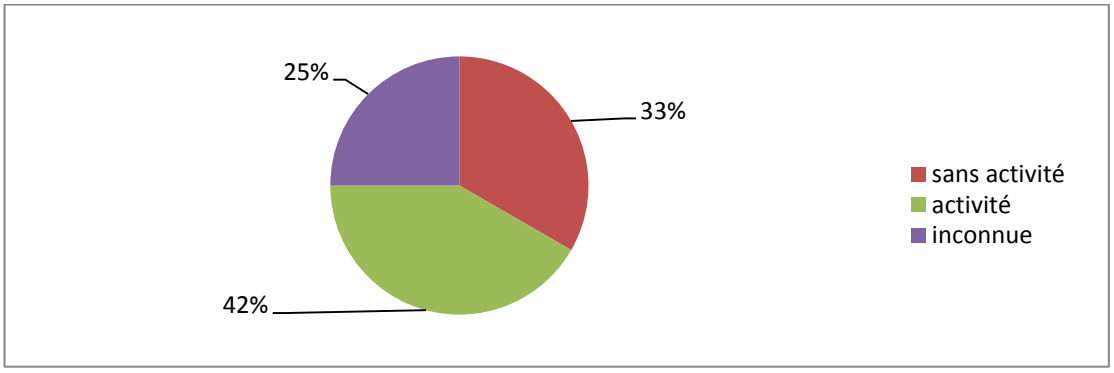


Figure 4 : activité professionnelle

Parmi les femmes ayant accouché au secret, 33 ,33 % n'avaient pas d'emploi au moment de la grossesse. Il y avait aussi 4 étudiantes et une femme en formation. Une des patientes était en congé parental. 22 ,22% des patientes avaient un emploi précaire. Une femme était ingénieure.

3.1.5. IMC

L'IMC moyen était de 21,94 +/- 3,89.

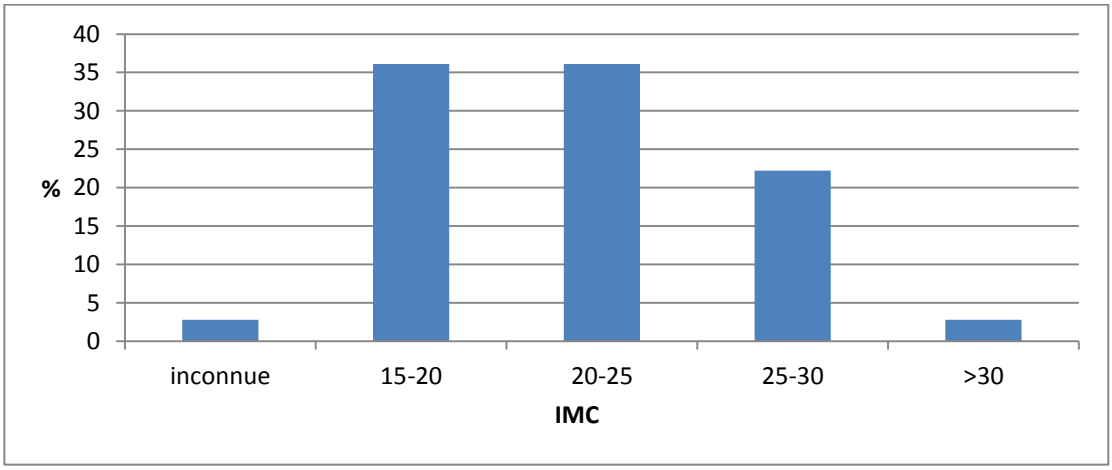


Figure 5 : IMC

Les patientes considérées en surpoids, ayant un IMC supérieur à 25, étaient présente à 25% dans notre étude. De même, 36,11% des patientes avaient un IMC inférieure à 20 et étaient considérées en maigreur. De sorte que seules 36,11% des patientes avaient un IMC compris entre 20 et 25.

3.1.6. Addictions

Tabac

La consommation de tabac est présente chez 58,33% des patientes. Parmi elles, deux ont consommées de l'alcool et des produits toxicomaniques en plus du tabac. Une seulement des drogues et une que de l'alcool.

Alcool

La consommation d'alcool pendant la grossesse est présente chez 8,33% des patientes. La quantité n'est pas renseignée. 2 des 3 femmes consommaient du tabac et des drogues en même temps.

Toxicomanie

Un comportement toxicomaniaque a été retrouvé chez 8,33% des patientes. Accompagnés de tabac dans 1/3 des cas et d'alcool dans 2/3 des cas.

3.1.7. Le père

Dans 61,11% des situations le père était connu par la femme.

Il n'était jamais présent chez les femmes célibataires, même s'il était connu pour 59,09% d'entre elles.

Parmi les femmes en couple, le père était connu dans 80% des cas. La patiente qui ne connaissait pas le père biologique avait été violée. 60 % des pères sont restés présents dans le couple.

Aucun des pères biologiques connus n'avaient d'antécédents notables.

3.2. Antécédents

Familiaux

Les antécédents familiaux peuvent augmenter le risque de certaines pathologies.

Diabète : 22,22% des femmes avait un de leurs parents atteint de diabète.

HTA : 13,88% patientes avaient des antécédents

Des antécédents cardiaques sont retrouvés dans la famille chez 5,56% des patientes.

Les autres pathologies familiales retrouvées, mais de manière exceptionnelle (2,78% pour chaque pathologie) sont des anomalies cérébrales sans précision, du cholestérol, la maladie de Crohn, des anomalies thyroïdiennes, des cancers et des accidents thromboemboliques.

Personnels

Chez les patientes aucuns antécédents de diabète ou HTA n'ont été retrouvés. Une patiente présentait des antécédents thyroïdiens (cancer de la thyroïde).

Des antécédents thromboemboliques ont été retrouvés chez 13,89% des femmes. Deux patientes étaient atteintes d'hépatite C.

D'autres pathologies ont été répertoriées (2,778%) :

- Kyste ovarien
- Abcès du foie
- Spasmophilie
- Pyélonéphrite

Gynéco-obstétricaux

Contraception

La majorité des femmes ne prenait pas de contraception, qu'elle soit orale ou non, avant la grossesse (69,44%).

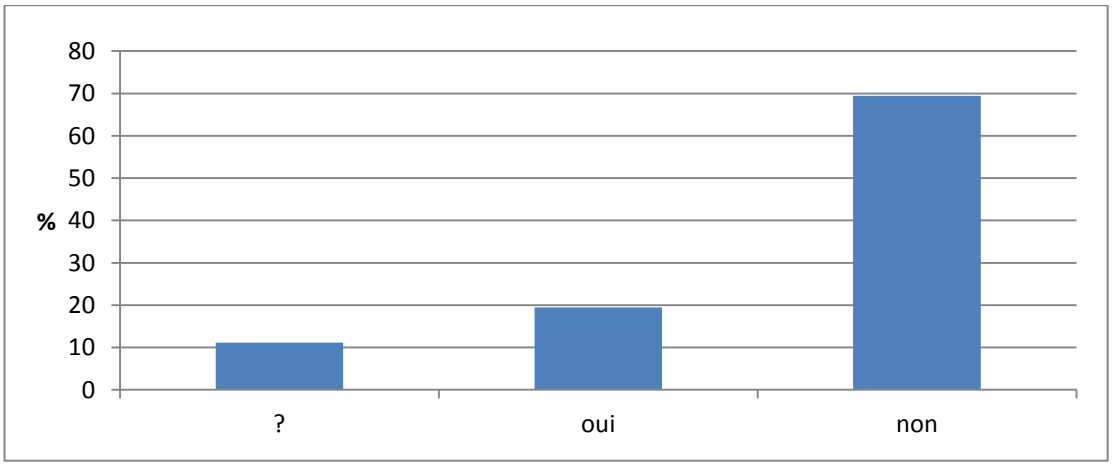


Figure 6 : contraception par OP avant la grossesse

Gestité /parité

La moyenne de gestité était de 2,36+/-1,57. Il s'agissait de la première grossesse pour 38,89% des patientes. La parité moyenne était de 1,06%+/-1,22, elle va de 0 à 5.

Les primipares étaient représentées à 44,44%.

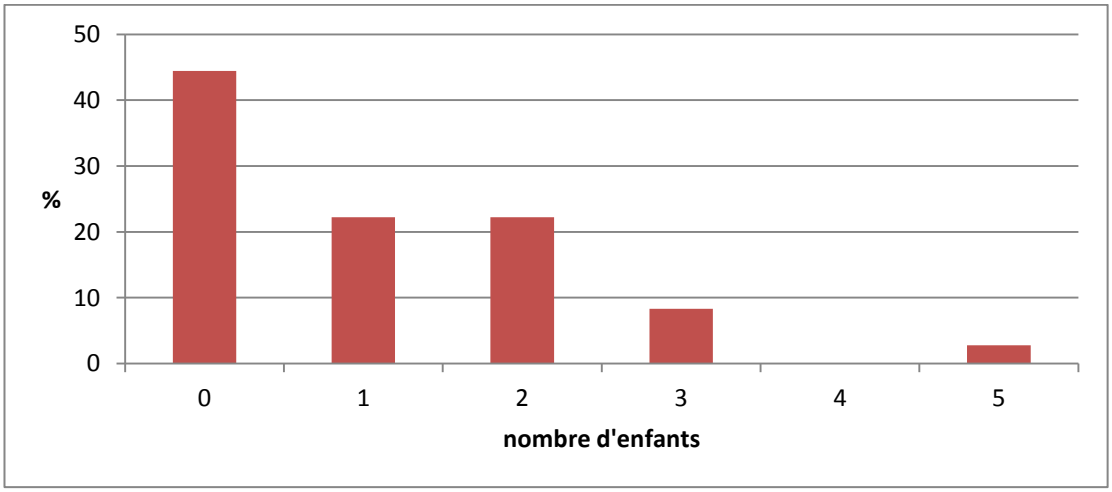


Figure 7 : parité

Il s'agissait du deuxième accouchement au secret pour 2 patientes.

Un antécédent de fausse couche avait été retrouvé chez 13,89% des patientes. Une patiente avait réalisé une grossesse extra-utérine et une patiente avait accouchée d'un enfant mort-né.

Des antécédents d'IVG ont été retrouvés chez 22,22% des femmes accouchant sous X. La moyenne des IVG dans cette population était de 0,22% +/- 0,48.

Parmi les multipares, 30,00% avaient un utérus cicatriciel suite à une césarienne.

Anomalies de grossesse

Peu d'anomalies des grossesses précédentes avaient été retrouvées chez les patientes.

Une des patientes avait un antécédent de pré-éclampsie. Cette même patiente a eu deux MAP.

On a retrouvé trois antécédents personnels de RCIU.

6 patientes avaient un utérus cicatriciel suite à une césarienne

3.3. Suivi de la grossesse

Découverte

La découverte de la grossesse se faisait en moyenne à 25,857 +/- 9, 32 SA. Seules 2 patientes avaient réalisé un déni total de grossesse et découvert leur état à l'accouchement. Le moment de découverte de la grossesse n'était pas connu pour 16,67 % des patientes.

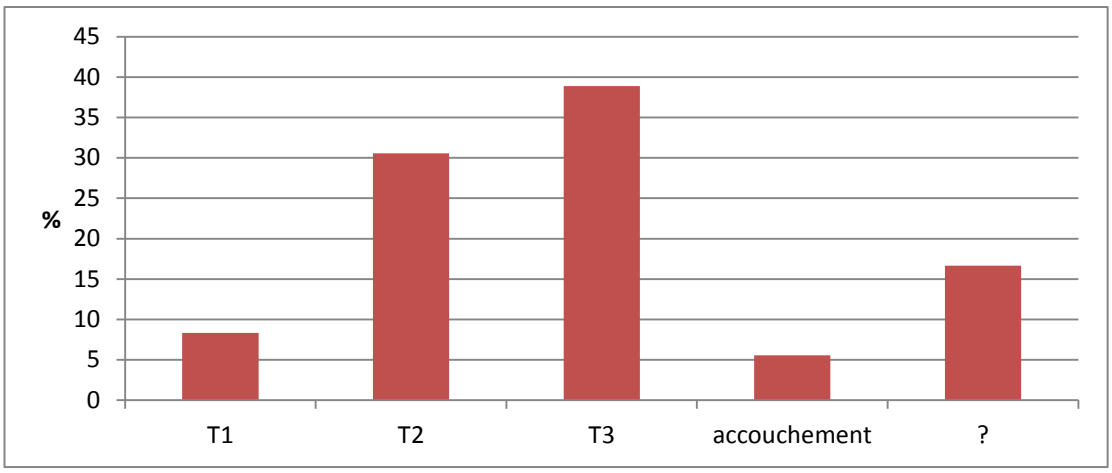


Figure 8 : moment de découverte de la grossesse

Lors de la découverte de la grossesse 8,33% des patientes souhaitaient réaliser une IVG. Mais elles avaient déjà dépassé le délai légal.

La grossesse est issue d'un viol pour 2 patientes.

Suivi de la grossesse

Les patientes étaient 22,22% à ne pas avoir fait suivre leur grossesse et à n'être venu, pour la première fois à la maternité, qu'au moment de l'accouchement. Et cela même si la grossesse était connue depuis longtemps.

Le suivi de la grossesse avait été commencé en dehors de la MRUN pour 2 patientes. En moyenne, les patientes ont eu 2,31 +/- 2,03 consultations à la MRUN.

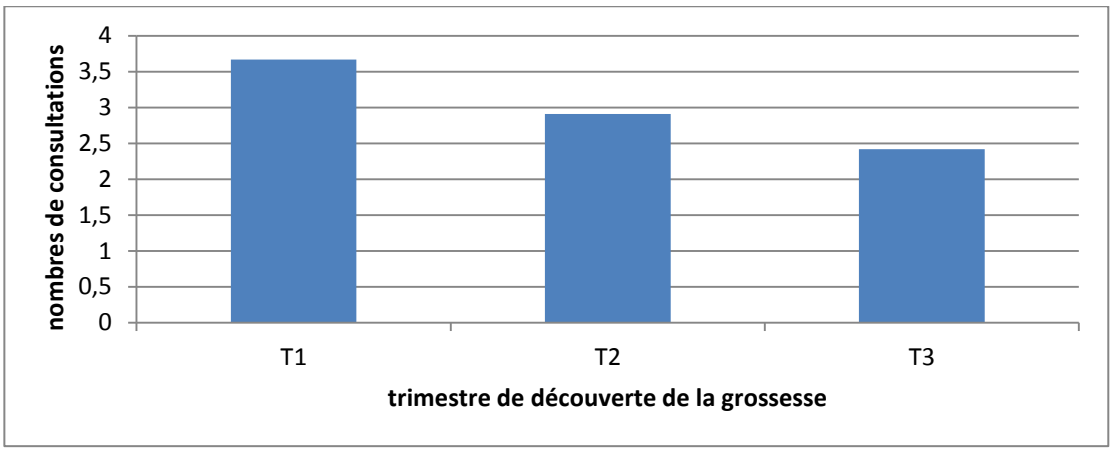


Figure 9 : nombre de consultations en fonction du moment de découverte de la grossesse

Les patientes avaient généralement partagé leur désir d'accoucher au secret à la première consultation. Mais ce n'est pas toujours le cas. Ainsi une patiente, qui avait désiré sa grossesse, avait choisi d'accoucher au secret à 32 SA. En général les patientes choisissaient d'accoucher sous X à 30,91+/-5,17 SA, soit en moyenne 4,18 semaines après la découverte de la grossesse.

En moyenne, les patientes avaient eu 1,53+/-1,83 échographie lors de leur suivi. Une seule malformation fœtale avait été découverte à travers ces examens.

Pathologies lors de la grossesse

Lors de la grossesse des pathologies avaient été rencontrées. Ainsi, on avait diagnostiqué: 22,22% RCIU, 5,56% d'HTA qui ont tous évolué en pré-éclampsie, soit 8,33% de pré-éclampsie au total et 16,67% de MAP.

D'autres pathologies moins courantes avaient été retrouvées :

- Colique néphrétique et infection urinaire
- Anémie chez 8,33% des patientes
- Métrorragies au troisième trimestre
- Dermatose papuleuse prurigineuse gravidique
- Chorio-amniotite

10 patientes, soient 27,78 % des femmes accouchant au secret, avaient été hospitalisées suite à la découverte d'une pathologie. La durée moyenne d'hospitalisation était alors de 8,11+/-17,99 jours, allant de 1 à 56 jours.

3.4. Accouchement

Le terme de la grossesse à l'accouchement était en moyenne de 37,97+/-2,58 SA. Il y avait 16,66 % d'accouchement prématuré, dont une césarienne.

Figure 10 : Age gestationnel à l'accouchement.

3.4.1. Déroulement du travail

L'accouchement avait été déclenché pour 25% des femmes accouchant au secret et une patiente avait eu une césarienne programmée. Parmi les patientes ayant accouché par voie basse, 75% avaient eu recours à une Analgésie PériDural (APD). Lors des césariennes, une patiente avait eu une anesthésie générale, 2 une APD et 4 une rachianesthésie. Le travail durait en moyenne 4,09 +/- 3,34 H. Il durait en moyenne 5,42 +/-3,11 H chez les primipares et 3+/-3,20h chez les multipares. 16 ,67 % des patientes ont eu une RPM. Une souffrance fœtal aigue (SFA) a été diagnostiquée chez 27,78% des patientes.

3.4.2. Accouchement

78% des patientes avaient accouché par voie basse (AVB), et 17,86% d'entre-elles avaient nécessité une aide médicale (forceps ou ventouse). Les césariennes étaient programmées avant l'accouchement pour 57,14% des patientes. Aucune patiente n'a eu d'hémorragie de la délivrance ou de révision utérine.

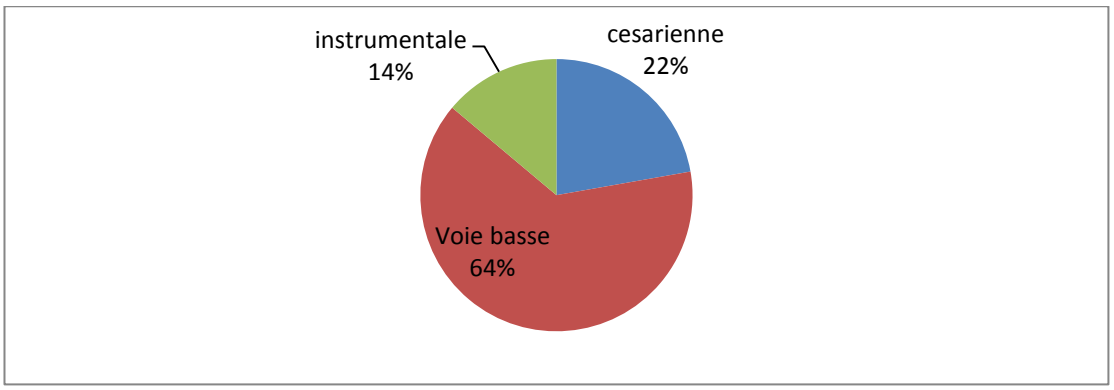


Figure 11 : mode d'accouchement

Les efforts expulsifs duraient en moyenne 8 min. (12 minutes pour les primipares, 5 minutes pour les multipares).

3.5. L'enfant

Le poids de naissance moyen des enfants était de 2899 +/- 644 g. avec des poids allant de 860 à 3790g.

6,67% des enfants nés après 37SA avaient un poids inférieur à 2500g, soit 19,44% des enfants de la population totale des femmes accouchant au secret. Parmi les RCIU dépistés lors de la grossesse, 57,14 % des enfants étaient hypotrophes.

Le pH réalisé à la naissance était en moyenne de 7,29 + /-0,1. Il n'était pas renseigné dans 30,56% des dossiers.

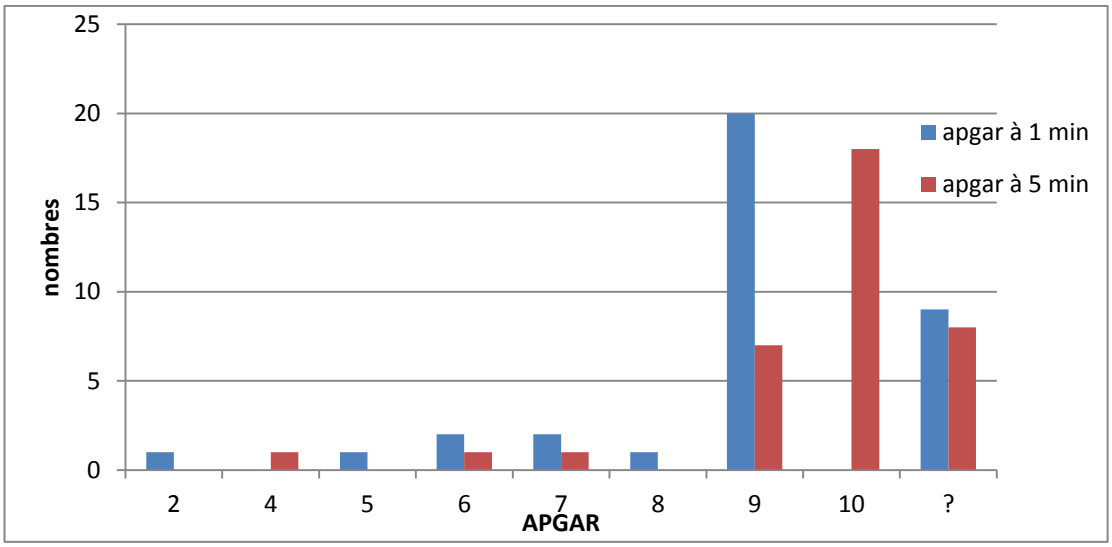


Figure 12 : APGAR à1 min et à 5 min

L'APGAR n'était pas indiqué dans 19,44 % des dossiers maternels. Il s'agit des enfants pris en charge par les pédiatres à l'accouchement et transférés en néonatologie. En moyenne, l'APGAR à 1 min était de 8,18 +/-1,69 (allant de 2 à 9) et à 5 min il était de 9,26+/-1,41 (allant de 4 à 10)

Il y avait 16,67 % d'APGAR inférieur à 8 à 1 min et 8,33% à 5 min.

25% des enfants avaient nécessité des gestes de réanimation à la naissance. Il s'agit généralement de Pression Positive Continue (PPC).

3.6. Suites de couches

La durée moyenne de séjour en suite de couche était de 3,54+/-1,87 jours. Il était de 2,88+/-1,2 pour les femmes ayant accouché par voie basse et de 5,65+/-2,26 jour pour celles ayant eu une césarienne. Une patiente est sortie contre avis médical, ne laissant qu'une lettre aux soignants pour les informer de son départ.

Un suivi psychologique a été proposé à toutes les patientes.

Un père avait souhaité reconnaitre son enfant et avait désiré s'en occuper bien que la mère ait accouché sous X.

3.7. Les pathologies de fin de grossesse

Il existe des pathologies de fin de grossesse dans la population des femmes accouchant sous X. Le but de l'étude est de voir si ces pathologies sont plus fréquentes que dans la population générale et de voir si des facteurs de risques sont présents chez ces femmes. Pour cela, les résultats de l'étude ont été comparés à ceux de l'enquête de périnatalité 2010.

3.7.1. MAP

	Femmes accouchant sous x N=36	**Population enquête de périnatalité 2010 N=15187**	p	OR
MAP %	**16,67**	**6,5**	**0,03**	**2,8771 (0,9767 -7,0468)**
âge	**25,81+/-6,65**	**29,7+/-5,3**	**<0,001**	
Multipare %	61,11	43,3	0,36	1,2001 (0,5866-2,5383)
tabac%	**58,33**	**30,5**	**0,0003**	**3,1902 (1,5659-6,583)**
alcool %	**8,33**	**19,7**	**0,006**	**0,3705 (0,0727-1,1825)**
drogue %	**8,33**	**1**	**0,006**	**8,9922 (1,7451-29,1362)**
Chômage %	**61,11**	**10,8**	**0**	**8,5668 (4,1832-18,1288)**
ivg %	22,22	15,5	0,1851	1,5576 (0,6127-3,5130)
ATCD accouchement prématuré %	2,78	6,2	0,338	0,4321 (0,0106-2,5767)
surdistension utérine pendant la grossesse	0	nr		
RPM %	13,89	12,1	0,445	1,1714 (0,3552-3,0439)
AG à l'accouchement	37,97+/-2,58	nr		
Accouchement prématuré %	**16,67**	**7,4**	**0,0473**	**2,5023 (0,8496-6,1266)**

Tableau 1 : MAP et facteurs de risques

On observe une augmentation significative du nombre de MAP et d'AP dans la population des femmes accouchant au secret. On constate, dans cette population, une augmentation de certains facteurs de risque, comme l'âge, la consommation de tabac et de drogue. De même, cette population est composée d'un nombre plus important de femmes sans emploi. A l'inverse, elles consomment moins d'alcool pendant la grossesse. Les autres facteurs de risque ne sont pas présents de façon plus importante.

3.7.2. HTA et pré-éclampsie

	Femmes accouchant sous x N=36	**Population enquête de périnatalité 2010 N=15187**	P	OR
HTA %	5,6	4,9	0,532	1,1419 (0,1327-4,4691)
primipare	38,89	43,3	0,36024	0,833 (0,3940-1,7048)
âge	**25,81+/-6,65**	**29,7+/-5,3**	**<0,001**	
<20 ans %	**47,22**	**1,4**	**0**	**62,9004 (30,1917-129,5298)**
>35 ans %	8,33	19,2	0,06566834	0,3826 (0,0750-1,2209)
origine africaine%	22	nr		
Chômage %	**61,11**	**10,8**	**0**	**8,5668 (4,1832-18,1288)**
ATCD familiaux%	13,89	nr		
grossesse multiple	0	1,5	0,58	0 (0-7,1340)
surpoids %	25	27,2	0,468	0,8921 (0,3688-1,9563)
Tabac%	**58,33**	**19,2**	**0,000003**	**5,8914 (2,8905-12,2995)**
Diabète%	0	1,5	0,58	0,00 (0,0-7,134)
pré-éclampsie %	**8,33**	**2,1**	**0,04**	**4,2371 (0,8270-13,6140)**
contraception %	**19,44**	**80,4**	**0**	**0,0589 (0,0217-0,1375)**

Tableau 2 : HTA et facteurs de risques

Il n'y a pas de différence significative entre la population de femmes accouchant au secret et celle de l'EPN 2010 concernant la présence d'HTA. Par contre, on observe une augmentation significative du nombre de pré-éclampsies chez les femmes accouchant au secret. Concernant les facteurs de risques, on observe une augmentation significative de femmes sans emploi. De même, il s'agit d'une population plus jeune, la part de femmes de moins de 20 ans étant significativement plus importante. Au contraire, elles sont beaucoup moins nombreuses à avoir eu recours à une contraception oestroprogestative avant la grossesse.

3.7.3. RCIU

	Femmes accouchant sous x N=36	**Population enquête de périnatalité 2010 N=15187**	P	OR
RCIU %	**19,45**	**4,1**	**0,0006**	**5,6428 (2,0778-13,2267)**
ATCD HTA %	2,78	2,1	0,535	1,3317 (0,0327-7,9753)
ATCD RCIU %	8,33	5,1	0,279	1,6906 (0,3310-5,4075)
Age	**25,81+/-6,65**	**29,7+/-5,3**	**<0,001**	
>35 ans %	8,33	19,2	0,066	0,3826 (0,0750-1,2209)
IMC<20	**36,11**	**8,3**	**0,00006**	**4,3505 (2,0955-8,5136)**
IMC>25	25	27,2	0,468	0,8921 (0,3688-1,9563)
tabac %	**58,33**	**30,5**	**0,0003**	**3,1902 (1,5659-6,583)**
alcool %	**8,33**	**19,7**	**0,006**	**0,3705 (0,0727-1,1825)**
drogue %	**8,33**	**1**	**0,006**	**8,9922 (1,7451-29,1362)**
Chômage %	**61,11**	**10,8**	**0**	**8,5668 (4,1832-18,1288)**
grossesse multiple %	0	1,5	0,58	0 (0-7,1340)
anomalie fœtale %	2,78	nr		
infection maternelle %	0	nr		
poids de naissance	**2899+/-644**	**3254+ /-567,7**	**<0,001**	
AG	37,97+/-2,58	nr		
PN<2500 %	**19,44**	**7,1**	**0,01234**	**3,1592 (1,1653-7,33912)**

Tableau 3 : RCIU et facteurs de risques

La fréquence de RCIU dans la population des femmes accouchant sous X est significativement plus importante, de même que le nombre d'enfant ayant un poids inférieur à 2500g à la naissance. Le poids de naissance des enfants de mère accouchant sous le secret est significativement plus bas que celui des enfants de la population générale. Les facteurs de risques ayant une augmentation significative sont la consommation de tabac et de drogues. La consommation d'alcool étant significativement plus basse.

Partie 3 :

Comparaison de la population étudiée avec l'enquête de périnatalité 2010

1. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE

1.1. Biais

Le biais principal de notre étude est le faible nombre de dossiers. Ce faible nombre s'explique par la perte d'informations quand une femme revient sur sa décision. En effet à la MRUN, lorsqu'une femme lève le secret, son dossier est désanonymé et il ne reste aucun lien avec l'accouchement sous X dans les bases de données. Il n'est donc plus possible de savoir quelles sont les femmes ayant accouché sous X revenues sur leur décision. Ainsi bien qu'il y ait eu 74 accouchements au secret sur 10 ans, seuls 36 dossiers étaient accessibles.

1.2. Limites

Le but de ce mémoire est d'observer si la population des femmes accouchant sous X est plus à risque de développer des pathologies en fin de grossesse. Et à travers cela de voir si elles ont plus de facteurs de risques de développer une pathologie que les autres femmes. Il est difficile d'étudier toutes les pathologies, il serait donc intéressant d'étendre cette étude sur un plus grand nombre de pathologies et sur une population plus grande.

De même, seules les origines somatiques des pathologies peuvent être étudiées à travers ce travail. Il serait intéressent d'étudier l'origine psychologique de ces pathologies.

De plus, notre étude étant comparée à l'EPN 2010, certaines informations concernant les antécédents et facteurs de risques ne sont pas renseignées.

2. ANALYSE DES RESULTATS

2.1. Population

Le profil des femmes accouchant sous X à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy est varié. On observe la présence de primipares, de multipares, d'étudiantes, de femmes avec ou sans activité professionnelle. Malgré tout, on retrouve quelques différences par rapport aux femmes de l'EPN 2010.

Ainsi la moyenne d'âge de ces femmes est de 25,81 ans (29,7 dans L'EPN 2010), elles sont significativement plus jeunes. 11% des patientes sont mineures et l'âge des patientes varie de 15 à 41 ans.

Pour la majorité des femmes accouchant sous X, il ne s'agit pas du premier enfant (61,11%). Le taux de primipare chez ces femmes est proche de celui de l'EPN 2010 (44,44% dans notre étude contre 43,4% dans l'EPN 2010). La parité est très variable allant de 0 à 5 enfants. On observe tout de même une possibilité de récidive d'accouchement au secret. Ainsi 2 patientes sur 36 avaient déjà réalisé un accouchement sous X avant ou pendant l'étude.

Les femmes accouchant sous X, bien que majoritairement célibataires (61,1%), ne vivent pas forcément seules. Ainsi, 13,89 % de ces femmes vivent en couple et parmi elles 20% sont mariées. Ces femmes sont plus souvent célibataires que dans l'EPN 2010 où le taux de femmes seules est de 7,2%.

Le père biologique est peu présent lors de la grossesse, mais il est généralement connu.

L'activité professionnelle est peu renseignée (25% de manque de données). Il apparait quand même qu'un tiers des patientes est sans emploi et que 22% ont un emploi précaire. Les autres femmes ont une situation professionnelle stable ou sont étudiantes. On en conclut que les femmes accouchant sous X ont une situation professionnelle plus précaire que celle de femmes de l'EPN 2010.

Ces résultats montrent une grande hétérogénéité de cette population. Bien qu'il en ressorte un profil général de femmes jeunes, primipares et célibataires, cela n'est pas forcément le cas. D'où la nécessité d'adapter leur suivi au cas par cas.

2.2. Suivi de la grossesse

Le suivi de la grossesse de ces patientes est difficile. Cela provient tout d'abord de la découverte tardive de la grossesse. En effet, la grossesse est découverte en moyenne à 25 SA. Cela retarde le début du suivi. Le nombre de consultations de grossesse est en moyenne de 2,31, contre 9,9 pour l'EPN 2010. Plus les femmes découvrent tard leur grossesse, moins elles ont de consultations de suivi. Le faible taux de consultation n'a pas permis d'évaluer la prise de poids de ces femmes pendant la grossesse ou l'évolution de la HU.

La demande d'accouchement au secret se fait rapidement lors du début de suivi. Elles commencent leur suivi de grossesse en ayant déjà décidé d'abandonner leur enfant à la naissance. Une seule patiente a désiré sa grossesse et a décidé d'abandonner son enfant au septième mois.

Le nombre d'échographies est lui aussi moindre. En effet, dans notre population il est de 1,5 en moyenne, contre 5 dans l'EPN 2010. Cela peut s'expliquer par la découverte tardive de la grossesse. Il n'y a pas d'échographie du premier trimestre, la grossesse étant découverte au deuxième trimestre.

Les difficultés de suivi ne sont pas exclusivement dues au déni de la grossesse. Puisque certaines femmes découvrent leur grossesse au premier trimestre, et décident de ne pas se faire suivre. Il serait intéressant de connaitre les raisons de l'absence de suivi chez ces femmes. En effet, elle peut avoir plusieurs origines. La dénégation de la grossesse, la peur de consulter, et le manque d'information quant à la possibilité de consulter gratuitement et anonymement.

2.3. Accouchement

Notre population accouche en moyenne à 38 SA. Il y a plus d'accouchements prématurés que dans la population de l'EPN 2010 (16,66% contre 7,4%). Un quart des femmes de notre population a été déclenché et une patiente a eu une césarienne programmée pour utérus multi-cicatriciel. Le taux de femmes déclenchées pour l'accouchement est proche de celui de l'EPN 2010 qui est de 22,7%.

En général, ces femmes ont un travail rapide, qui dure en moyenne 4h (5h pour les primipares et 3 h pour les multipares).

75% des patientes accouchant par voie basse ont eu recours à une APD, ce taux est proche de celui de l'EPN 2010 (79,3%).

Au final, 64% des patientes ont accouché par voie basse non instrumentale, 14% par voie basse instrumentale et 22% par césarienne. Ces taux sont proches de ceux de l'EPN 2010 qui sont respectivement de 66,9% pour les AVB, 21% de césarienne et 12,1% d'accouchement instrumental.

Les femmes accouchant au secret, le font dans les mêmes conditions que les femmes de la population générale. Toutefois, on observe un taux plus important de MAP et d'AP dans cette population.

2.4. Les enfants

On observe un poids de naissance moyen de 2899g, inférieur au poids moyen de l'EPN 2010 qui est de 3254g. Ces enfants ont un poids de naissance plus faible que ceux de la population générale. On retrouve ce constat à travers le taux d'enfant de moins de 2500g à la naissance. En effet, il est de 19,44% dans notre étude contre 7,1% dans l'EPN 2010.

Ces résultats sont en corrélation avec l'augmentation du taux de RCIU dépisté pendant la grossesse chez les femmes accouchant sous X. 57,14% des enfants ayant eu un RCIU ont un poids inférieur à 2500g, contre 10,34% des enfants n'ayant pas eu de RCIU.

A la naissance, l'état général des enfants est évalué par l'APGAR et le PH au cordon. Le pH réalisé au cordon est en moyenne de 7,29. Il nous montre que les enfants ont bien supporté le travail.

On observe une augmentation du taux d'enfants avec un APGAR inférieur à 8, que ce soit à 1 minute ou à 5 minutes, dans la population des femmes accouchant sous X à la MRUN. On peut en conclure que les enfants de ces femmes ont plus de difficulté à s'adapter à la vie extra utérine. De sorte que 25 % d'entre eux ont nécessité des gestes de réanimation à la naissance (bien que souvent une PPC soit suffisante). Dans l'EPN 2010, 5,5% des enfants ont eu une ventilation au masque, 1,3% une PPC et 1,1% une intubation.

2.5. Pathologie

L'origine d'une pathologie est multiple. De sorte que certains facteurs de risque peuvent placer une femme dans une population à risque.

2.5.1. Addiction

Le comportement maternel peut être à l'origine d'une pathologie. Ainsi la consommation de substances addictives, voir toxiques peut augmenter le risque d'apparition de certaines pathologies. Ainsi le tabac, l'alcool et les drogues favorisent l'apparition d'un RCIU ou d'une MAP. De plus, le tabac favorise l'apparition d'une HTA. Les femmes accouchant sous X sont 58,33% à consommer du tabac contre 30,5% dans l'EPN. De même, elles sont 8,33% à consommer des drogues contre 1% dans l'EPN 2010. Toute fois, seule la consommation de cannabis a pu être comparée, l'EPN 2010 n'ayant étudié que cette drogue. Ainsi, on observe une augmentation de la consommation de tabac et de cannabis chez les femmes accouchant au secret.

A l'inverse, la consommation d'alcool est moins importante chez elles que dans la population générale (8,33% contre 19,7%) ?

2.5.2. Antécédents

Les antécédents personnels et familiaux des patientes étaient bien renseignés dans les dossiers. De même que les renseignements concernant le père de l'enfant.

Dans les antécédents familiaux, on retrouve principalement des diabètes (22%) au premier degré ou la présence d'HTA (13%).

Au niveau personnel, peu d'antécédents notables sont retrouvés. En effet, aucuns antécédents d'HTA ou de diabète n'ont été retrouvés dans la population des femmes accouchant sous X. Mais ces pathologies restent rares dans la population générale, de sorte que cette absence n'est pas significative. En effet, dans l'EPN 2010, il y seulement 1,1% d'HTA gestationnelle et 1% de DG.

Le taux de femmes en surpoids est proche de celui de l'EPN 2010, mais par contre le pourcentage de femmes avec un IMC inférieur à 20, et donc considérées en maigreur, est supérieur dans la population des femmes accouchant au secret.

En ce qui concerne les antécédents gynécologiques et obstétricaux on retrouve une absence de contraception pour 69% des patientes, alors que dans la population de l'EPN 2010 80% des patientes avaient une contraception par OP avant la grossesse. Dans l'EPN 2010, 80% des patientes ont arrêté leur contraception avant la grossesse. La question du suivi gynécologique pour les patientes accouchant au secret peut se poser. De plus, 22% de ces femmes ont déjà eu recours une ou plusieurs fois à une IVG alors que dans l'EPN 2010 ce taux est de 15,5%. Il existe donc une augmentation significative du nombre de femmes ayant recours à une IVG chez les femmes accouchant au secret.

Au niveau obstétrical, on retrouve des antécédents d'HTA gravidique, de pré-éclampsie, de MAP et de RCIU mais sans augmentation notable par rapport à la population de l'EPN 2010.

2.5.3. Présence de la pathologie

Dans la population étudiée, on observe une augmentation de certaines pathologies de fin de grossesse par rapport à l'EPN 2010. Ainsi le nombre de MAP, d'AP et de RCIU augmente dans cette population, alors que le taux de femmes ayant une HTA gravidique reste comparable à celui de l'EPN 2010. En effet, on observe des taux de 16,67% pour les MAP, 16,67% pour les AP et 19,45% pour les RCIU dans notre population contre 6,5% de MAP, 7,4% d'AP et 4,1% de RCIU dans l'EPN 2010.

Cela pourrait s'expliquer par les caractéristiques de la population en elle-même. En effet, les facteurs de risque où l'on observe une différence significative avec l'EPN 2010 sont la consommation de tabac, de drogue et d'alcool, ainsi que l'activité professionnelle. De plus, la population étudiée est plus jeune et comporte une part plus importante de femmes de moins de 20 ans, plus à risque d'HTA. De même les femmes ayant un IMC inférieur à 20 sont plus à risque de RCIU.

L'autre point à soulever est le suivi de ces femmes. En effet, de par le manque de contraception avant la grossesse et de suivi gynécologique et par le faible suivi réalisé pendant la grossesse, il s'agit de femmes peu informées concernant les risques de certaines pratiques. En effet, le début de suivi de la grossesse commence en moyenne au deuxième trimestre et les patientes ont en moyenne 2 consultations avant

l'accouchement, contre 9 dans l'EPN 2010. Il serait intéressant de connaitre les raisons de ce faible taux de consultation, outre le déni de grossesse fréquent.

Ces pathologies ont abouti à une hospitalisation pour 27,8% des patientes de la population, avec une durée moyenne de séjour de 8 jours, alors que dans l'EPN 2010 18,8% des femmes avait été hospitalisées et en moyenne 6,4 jours. Les femmes accouchant sous X sont donc plus souvent hospitalisées et plus longtemps.

2.6. Manque d'information

La difficulté de ce travail s'est retrouvée principalement dans le manque de certaines informations. En effet, les principales données manquantes concernent la patiente en elle-même. Ainsi 52,78% des dossiers n'indiquent pas le niveau d'étude de la patiente et 25% n'indiquent pas son statut professionnel. L'origine géographique des patientes n'est pas indiquée dans 27,78 % des dossiers. Le statut marital est inconnu pour 19,44% des patientes. Ces informations, bien que personnelles, ne permettent pas d'identifier la patiente et ne risquent pas de compromettre le secret. Certes ce ne sont pas des informations vitales, mais elles permettraient de mieux connaitre ces patientes.

Le reste des informations est généralement complet, que ce soit concernant les antécédents familiaux, personnels ou concernant le père biologique de l'enfant.

Les autres données manquantes concernent l'état de l'enfant à la naissance. S'agissant de nouveau-nés hospitalisés en néonatologie après la naissance, les informations concernant l'APGAR et le PH se trouvent sur les dossiers des nouveau-nés, non demandés pour ce travail.

Concernant l'accouchement au secret, les raison du choix de la patiente ne sont jamais notées dans le dossier obstétrical. Plus surprenant, la demande d'accouchement au secret n'est pas notifiée dans le dossier en lui-même. Bien que la demande se fasse souvent à la première consultation, il serait quand même intéressant de le notifier dans le dossier. En effet, une patiente de l'étude a pris sa décision en fin de grossesse alors qu'elle été désirée. Seule l'anonymisation du dossier à ce moment a permis de savoir le moment de choix d'accouchement au secret (photocopie du dossier obstétrical anonyme).

2.7. Des femmes plus à risque ?

A travers cette étude on a pu observer une augmentation de certaines pathologies de fin de grossesse : MAP, AP, RCIU et pré-éclampsie.

On peut donc conclure que la population des femmes accouchant sous X à la MRUN est plus à risque de développer ces pathologies par rapport à la population de l'EPN2010.

Cette augmentation est accompagnée d'une majoration de la consommation de tabac et de drogues. De même, l'activité professionnelle est plus instable chez ces femmes. Il s'agit de facteurs de risque influant sur les pathologies. Ils sont augmentés dans la population des femmes accouchant au secret, ce qui peut expliquer l'amplification de ces pathologies chez les femmes accouchant au secret.

Les autres facteurs de risques pouvant influencer ces pathologies, qu'il soit familiaux ou personnels, ne sont pas marqués par une augmentation significative.

Mais l'augmentation des pathologies n'est pas due au seul fait d'une présence plus accrue des facteurs de risques. En effet, la majorité de ces femmes découvre leur grossesse tardivement, souvent suite à un déni. En moyenne la grossesse est découverte à 26 SA chez les femmes accouchant au secret. Les consultations restreintes, en moyenne 2 pendant la grossesse, rendent l'information et le dépistage des pathologies plus difficile. Ce qui augmente le risque de les développer.

Ce manque de suivi n'est du seul fait de la grossesse, mais date d'avant celle-ci. Ainsi 69% des femmes accouchant à la MRUN n'ont pas de contraception avant la grossesse, ce qui traduit un manque de suivi au niveau gynécologique. Elles sont donc plus à risque de se retrouver enceinte et de développer certaines pathologies, n'ayant pas de suivi et ne pouvant avoir une information et une prévention correcte.

De sorte que deux patientes ont eu recours à deux accouchements au secret. Une meilleure prévention aurait pu éviter ces récidives.

C'est le manque d'information et de prévention qui rend la population des femmes accouchant au secret plus à risque de développer certaines pathologies.

3. ROLE DU PROFESSIONNEL DE SANTE

Dans les situations d'abandon, les professionnels de santé sont souvent les seules personnes vers qui peuvent se tourner les femmes accouchant au secret. Elles sont généralement isolées, seules, honteuses et perdues. Elles ne peuvent pas se confier à leur entourage. Au contraire, elles font tout pour cacher leur état à leurs proches.

3.1. Prise en charge actuelle

En maternité, l'accent est souvent mis sur l'importance du maintien du lien mère-enfant et sur l'accès à la parentalité. Cela est dû à notre éducation et à la vision de notre société sur la famille. Il nous semble inconcevable qu'une femme souhaite abandonner son enfant, alors qu'il existe de nombreux moyens de contraception et un accès facile à l'IVG. Pour nous, professionnels de santé, il est donc difficile de concilier notre devoir d'aider à la naissance d'une famille et d'aider des femmes qui ne souhaitent pas en fonder. Chaque personne face à cette situation aura l'espoir que cette femme qui abandonne son enfant revienne sur sa décision.

Pour faciliter la prise en charge de ces patientes, des protocoles sont mis en place dans les maternités. Ces situations sont compliquées à prendre en charge par les professionnels de santé. C'est pour cela qu'ils ont besoin d'un cadre sur lequel se reposer, leur permettant de dépasser la sphère affective de ces abandons.

A la MRUN, le protocole de « conduite à tenir devant l'admission d'une femme souhaitant confier son enfant à l'adoption » a été mis en place en janvier 2007. Il rappelle la procédure à mettre en place lors d'un accouchement sous X. que ce soit pour la mère ou pour l'enfant. Un suivi pluri disciplinaire est nécessaire entre les assistantes sociales, les psychologues et la sage-femme, ou médecin référent. (31)

Mais bien que ce protocole encadre les règles techniques, il ne peut pas avoir un impact sur le comportement réel des soignants, qui sont souvent déstabilisés par ces situations. Il serait intéressant de voir si le personnel de la MRUN souhaiterait une formation ou un accompagnement pour la prise en charge de ces femmes.

3.2. Problématique de la prise en charge

La prise en charge des patientes accouchant au secret pose problème au niveau du suivi. On a pu observer à travers notre étude que l'augmentation des pathologies, outre l'augmentation de la consommation de tabac et de drogues, est dû à un manque de suivi pendant et avant la grossesse.

3.2.1. Le manque d'information

Le suivi de la grossesse lors d'un accouchement au secret est gratuit et anonyme. Le manque de suivi n'a donc pas une origine financière, mais il s'agit d'un manque d'information.

Les lois et les protocoles ont été mis en place pour faciliter l'accès de l'accouchement au secret. Des mesures ont été mises en place pour protéger les femmes et les enfants. Mais si les femmes, premières concernées, n'ont pas connaissance de ces dispositions, elles ne servent à rien.

« La connaissance des mots conduit à la connaissance des choses » Platon.

Le manque d'informations peut avoir plusieurs origines :

- Une mauvaise prévention primaire.
- Un manque de renseignements lors de consultation par un professionnel de santé.
- Un suivi médical irrégulier, voire inexistant.

3.2.2. La peur du jugement

Dans notre société, l'enfant est sacralisé. Une femme qui souhaite abandonner son enfant va subir l'opprobre de la population. Ce rendre dans une maternité c'est admettre leur grossesse et se soumettre aux critiques, souvent négatives, des gens qui les entourent.

Renfermées sur elles-mêmes, par peur du jugement des autres, les professionnels de santé sont souvent les seules personnes à qui elles peuvent se confier et expliquer leur choix. Il est de leur rôle de les guider et de les aider à faire le deuil de cette situation, et de se préparer à l'abandon d'un enfant.

3.2.3. Le déni de grossesse

Le déni de grossesse est très présent dans la population des femmes accouchant sous X. Les circonstances de découverte de la grossesse sont souvent difficiles. Cette méconnaissance de la grossesse va les bouleverser et rendre la démarche de suivi plus difficile. Dans notre étude la découverte de la grossesse ce fait en moyenne à 26 SA, loin des 14 SA autorisant l'IVG.

Que ce soit suite à une dénégation de la grossesse ou à un déni total, la découverte est souvent un choc et va entrainer un bouleversement important au niveau du corps et de l'esprit (4). C'est pour cela que la présence d'un professionnel de santé à l'écoute de ces femmes est importante.

3.3. Moyens à mettre en place

L'accouchement au secret à de nombreuses causes (développés dans la partie 1, paragraphe 2.2.2). Une des possibilités pour diminuer la fréquence des accouchements au secret serait d'agir sur ces causes. Mais cela est parfois impossible.

En effet, aucun acte ne pourra empêcher le décès d'un conjoint ou ne pourra changer l'histoire familiale des patientes. Des aides sociales peuvent être apportées lorsqu'il s'agit d'une situation économique et sociale précaire et un accompagnement psychologique peut être proposé quand il existe un investissement difficile de l'enfant.

Mais ces questions se posent car ces femmes n'avaient pas de moyen contraceptif adapté pour éviter les grossesses et n'ont pas voulu ou n'ont pas pu avoir recours à l'IVG. L'entourage familial a un grand impact pour la prise de décision. Les femmes font tout pour cacher leur grossesse par honte face à leur famille. La honte d'avoir eu des rapports sexuels et la honte d'être enceinte.

En tant que professionnel de santé, l'axe sur lequel nous pouvons jouer est l'information des patientes. Cette information peut se faire à plusieurs niveaux.

Prévention primaire

Une prévention primaire est nécessaire. En effet, pour s'attaquer au problème de l'accouchement au secret il faut le prendre à la base. Pour cela, il faut faciliter l'accès aux informations.

Des cours d'éducation sexuelle sont prévus au programme des collégiens. Ces cours permettent une information sur le sexe, la contraception et les MST. On y parle de pilule, de préservatif et d'IVG. Mais le sujet de l'accouchement au secret y est rarement abordé. Certes il s'agit d'un sujet tabou et difficile à appréhender. Mais ces cours sont souvent les premiers à traiter des sujets difficiles comme la contraception et l'IVG. Une information sur l'accouchement sous X permettrait à ces adolescents de connaitre une alternative quand tous les autres moyens de contraception n'ont pas fonctionné.

Les informations sur l'accouchement au secret doivent être d'accès facile pour ceux qui les cherchent. Dans notre société actuelle il existe des moyens de communication simple et efficace, notamment internet. Ainsi l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a mis en place deux sites internet pour permettre aux femmes et aux adolescents de s'informer sur les moyens de contraception. L'IVG y est présenter, mais rien n'est développé quand il n'est plus possible. Il serait intéressant d'évoquer l'accouchement au secret sur ces sites internet, pour que les femmes qui se retrouvent dans cette situation connaissent cette alternative. (32) (33)

Le site du planning familial, parle de l'accouchement sous X, de manière succincte mais pas forcément adapté à la population des adolescents. (34)

Suivi médical

L'un des autres points à améliorer est le suivi médical des femmes. En effet, en France une femme sur cinq n'a pas de suivi gynécologique régulier. Or un suivi régulier permettrait de mettre en place une contraception adaptée et une meilleure information des femmes. En effet, elles connaitraient mieux leur corps, seraient plus à l'écoute et pourraient éviter les grossesses non désirées grâce à la contraception.

De plus, un suivi permettrait à ces femmes d'avoir un réfèrent lorsque la question d'une grossesse se pose. Elles pourraient avoir facilement les informations nécessaires quant à la grossesse, l'IVG ou l'accouchement au secret.

Il est nécessaire d'inciter les femmes à avoir un suivi gynécologique régulier. Une information et une éducation de la population est nécessaire et doit se faire tôt dans la vie. Notamment grâce à l'intermédiaire des cours d'éducation sexuelle et du médecin généraliste ou pédiatre qui suit les femmes dès le début de leur vie.

3.4. La place de la sage-femme

Le rôle de chaque professionnel de santé est d'aider au maximum les femmes à prendre la bonne décision pour elles. Cette décision n'est pas forcément celle souhaitée par les soignants. Ils sont les témoins actifs de la séparation de la mère et de l'enfant. Leur devoir est de veiller au bien-être physique, mais aussi psychologique, des deux parties. Pour cela, ils doivent être à l'écoute de ces patientes hors du commun.

La sage-femme a pour rôle de dépister les situations à risque, que ce soit au niveau médical, social ou psychologique. Elles sont donc bien placées pour dépister les différentes pathologies de fin de grossesse. Grâce à cela, elle pourra éviter des drames obstétricaux, comme les MFIU et les MAP précoces.

Il vaut mieux prévenir que guérir, et c'est là que la sage-femme intervient, en amont de la pathologie. Elle peut intervenir avant la grossesse, en accord avec les autres professionnels de santé (médecin généraliste, gynécologue…) afin d'éduquer au mieux ces femmes. En effet, en prenant en charge le suivi gynécologique des femmes, la sage-femme et les autres professionnels de santé sont les mieux placés pour les informer des risques et des possibilités face à une grossesse non désirée.

De plus, la sage-femme peut intervenir à tout moment dans la vie des femmes. Certes elle suit la grossesse et réalise les accouchements. Mais elle participe aussi à la prévention et à l'éducation sexuelle dans les collèges et lycées et peut réaliser le suivi gynécologique. Elle peut donc réaliser une prévention à tout moment et doit rester accessible à ces femmes.

CONCLUSION

L'accouchement au secret est une pratique peu courante (7 accouchements sous X par an à la MRUN), accompagné de difficultés de suivi qui rendent difficile le dépistage, le diagnostic et le traitement des pathologies de fin de grossesse.

Pour faciliter le suivi de ces femmes, une étude rétrospective, sur 10 ans à la MRUN a été réalisée. Les résultats obtenus ont été comparés à ceux de l'EPN 2010, ce qui a permis d'observer l'augmentation de certaines pathologies.

Les MAP, AP, RCIU et pré-éclampsie sont présents de manière accrue dans la population des femmes accouchant au secret, mais il est impossible de définir une population à risque, tellement il existe de profils variés. Cependant l'augmentation de la consommation de tabac et de drogues peut participer à la recrudescence de ces pathologies. Mais cela n'est pas la seule étiologie.

Cette augmentation est en corrélation avec les difficultés de suivi de ces femmes. Elles commencent un suivi de grossesse tardivement, souvent à la suite d'un déni de grossesse. Et ensuite, ne s'inquiétant pas de leur état de santé, elles viennent irrégulièrement aux consultations de grossesse. Leur principale préoccupation étant de mettre fin à leur état, et de le cacher à leur entourage.

Ces difficultés sont présentes avant même la grossesse, puisque 69% des femmes n'avaient pas de contraception avant la gestation. On peut en déduire que ce sont des femmes qui connaissent peu leur corps et qui n'ont pas eu accès aux informations sur la contraception et sur l'IVG.

Une information sur l'accouchement au secret, avant que les femmes se retrouvent dans cette situation, permettrait une diminution des risques liés à cette pratique et un meilleur accompagnement des femmes. C'est à ce niveau que la sage-femme a un rôle important. A tous les niveaux d'exercice elle peut accompagner, écouter et informer les femmes. Avant la grossesse, pendant le suivi gynécologique, au cours de la grossesse et dans le postpartum.

Faciliter l'accès aux informations sur l'accouchement au secret permettrai aussi un meilleur suivi. En effet c'est la méconnaissance qui engendre la peur. Et sans peur, une meilleure prise en charge est possible.

BIBLIOGRAPHIE

1. **LEVY-SOUSSAN.P et MARINOPOULOS.S.** Abandon et adoption : enjeux psychiques de la filiation dans une perspective historique et clinique. *psychiatrie/pedopsychiatrie.* paris : EMC(elsevier masson SAS), 2007.

2. **NADJAFIZADEH.M.** Admission d'une patiente souhaitant confier son enfant à l'adoption. *Vocation sage-femme.* Janvier-février 2012, n°94.

3. **DEVINEAU-FRANCOIS.V.** L'accouchement anonyme. *journal de pédiatrie et de puériculture.* 2001, n°4.

4. **DE VALORS.MH.** de la globalité de la naissance, le versant psychique de la grossesse. *Les dossiers de l'obstétrique.* octobre 2000, 287, pp. 30-37.

5. **GUIREC.ML.** L'accouchement sous X d'hier à aujourd'hui. *Soins Aides soignantes.* décembre 2007, 19, pp. 26-27.

6. **BINACHON.A.** *"Accouchement sous X " étude déscriptive au CHU de Nantes sur 11 ans : 73 dossiers.* université de nantes. Nantes : s.n., 2011. Mémoire diplôme de sage-femme.

7. **MARINOPOULOS.S.** Accouchement et abandon. *journal de pediatrie et de puériculture.* 2001, 6, pp. 363-369.

8. **FASSY-COCLCOMBET.M, et al., et al.** Accouchement sous X et qualité de l'anonymat des dossiers: analyse des pratiques et des enjeux éthiques. *La revue Sage-femme.* 2006, pp. 292-298.

9. *legifrance.* [En ligne] [Citation : 17 décembre 2012.] http://legifrance.gouv.fr/.

10. **VILLENEUVE-GOKALP.C.** étude sur les mére de naissances qui demandent le secret de leur identitée lors de leur accouchement. [rapport de recherche]. juin 2011. [en ligne] [citation : 25 novembre 2012] http://www.cnaop.gouv.fr/IMG/pdf/CNAOP_Etude_meres_de_naissance.pdf.

11. **PONTE.C.** L'accouchement dans l'anonymat. *soin en pédiatrie-puériculture.* septembre-octobre 2010, 256, pp. 45-46.

12. **BAREGE.B député de et tarne-et-garonne.** *rapport parlementaire en mission sur l'accouchement dans le secret.* 12 juin 2012.

13. **MARINOPOULOS.S.** Abandon-adoption. Des histoires filiatives singulières. *Journal de pédiatrie et de puériculture.* mars 2004, n°17, pp. 292-296.

14. **BARDOU.H, VACHERON-TRYSTRAM.M et CHEREF.S.** le déni en psychiatrie. *annales médico-psychologiques.* 2006, 164, pp. 99-107.

15. **NAVARRO.F.** *actes du premier colloque français sur le déni de grossesse.* toulouse : édition universitaires du sud, juin 2009. ISBN 978-2-7227-0128-1.

16. **PIERRE.F et BERTTRAND.J.** *Memento Obstétrique.* 2e. Paris : MALOINE, 2006. pp. 152-158;179-189;262-271;360-361. ISBN 2-224-02444-4.

17. **DELASSUS.JM, CARLIER.L et BOUREAU-LOUVET.V.** *L'aide mémoire de maternologie.* paris : Dunod, 2010. ISBN 9-782-10-053452-4.

18. **CATHEBRAS.P.** *Troubles fonctionnels et somatisation.* Issy-les-moilineaux : MASSON, 2006. ISBN 2-294-01652-1.

19. **SIBERTIN-BLANC.D.** psychologie de la grossesse et du post-partum. nancy : s.n., avril 2012. cours école de sage femme albert fruhinsoltz 2eme année.

20. **LANSAC.J et MAGNIN.G.** Menace d'accouchement prématuré. *Obstétrique pour le praticien.* 5e. Issy-les-moulineaux : ELSEVIER MASSON, 2008, 17, pp. 311-325.

21. **GOFFINET.F et MORIETTE.G.** Circonstances et risques des naissances prématurées. [auteur du livre] C FRANCOUAL, J BOUILLIE et S PARAT-LESBROS. *Pédiatrie en maternité.* 3e. Paris : Médecine-sciences Flammarion, 2008, 13, pp. 189-206.

22. **DELACROIX.M et GUERIN DU MASGENET, B.** Accouchement prématuré, perte de liquide amniotique. *Décision en gynecologie obstétrique.* 2e. paris : MALOINE, 2001, pp. 307-317.

23. **PRECELLE.F.** Problématique dépressive, première grossesse et menace d'accouchment prématuré. *neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* 2 mai 2004, Vol. 52, 5, pp. 279-283.

24. **VENDITTELI.F et LACHCAR.P.** Menace d'accouchement prématuré, stress, soutien psychosocial et psychothérapie : revue de la littéraure. *gynécologie obstétrique et fértilité.* édition scientifique et médicales Elsevier, juin 2002, Vol. 30, 6, pp. 503-513.

25. **DELACROIX, M et GUERIN DU MASGENET, B.** Hypertension artérielle, pré-éclampsie-éclampsie. *Décision en gynecologie obstétrique.* 2e. paris : MALOINE, 2001, pp. 246-254.

26. **LANSAC.J et MAGNIN.G.** Hypertension et grossesse. *obstetrique pour le praticien.* 5e. Issy-les-moulineaux : ELSEVIER MASSON, 2008, 7, pp. 161-172.

27. **CARBONNE.B.** La pré-éclampsie. [auteur du livre] CHRISTINE FRANCOUAL, JACQUES BOUILLE et SOPHIE PARAT-LESBROS. *pédiatrie en maternité.* 3e. paris : Flammarion médecine-science, 2008, 11, pp. 176-180.

28. **CARBONNE.B.** Retard de croissance intra-utérin. [auteur du livre] C.FRANCOUALl, J.BOUILLE et S.PARAT-LESBROS. *pédiatrie en matérnité.* 3e. Paris : Flammarion SA, 2008, 12, pp. 181-188.

29. **FPURNIE.A, et al., et al.** Hypotrophie, retard de croissance intra-utérin, souffrance foetal chronique. s.l. : Elsevier masson, 2004.

30. **GOLD.F, JOUANNIC.JM et MITANCHEZ-MOKHTARI.D.** retard de croissance intra-utérin. [éd.] EMC. paris : Elsevier Masson SAS, 2010.

31. **KRIGUER.F et CARRIERE.B.** Conduite à tenir devant l'admission d'une femme souhaitant confier son enfant à l'adoption. *Protocole de la maternité régional A.PINARD.* nancy : s.n., Janvier 2007.

32. choisirsacontraception.fr. [En ligne] INPES. [Citation : 30 janvier 2014.] http://www.choisirsacontraception.fr/.

33. on sexprime. [En ligne] INPES. [Citation : 30 janvier 2014.] http://www.onsexprime.fr/.

34. le planning familial. *Liberté Egalité Sexualité.* [En ligne] [Citation : 10 février 2014.] http://www.planning-familial.org/articles/accouchement-sous-x-00388.

35. **PONTE.C.** L'accouchement dans le secret, vers une évolution? *Vocation sage-femme.* Mai-Juin 2011, 90.

36. **MAMY.C.** Rôle de la sage-femme dans l'évolution psychologique de la femme durant la grossesse. *Les dossiers de l'obstétrique.* janvier 2005, 334.

37. **MARINOPOULOS.S et NISAND.I.** *elles accouchent et ne sont pas enceintes.* s.l. : les liens qui libèrent, 2011. ISBN 978-2-918597-28-5.

38. **conseil national de l'ordre des sages-femmes.** *les compétences des sages-femmes et le code de déontologie.* septembre 2012.

39. **BLONDEL.B et KERMARREC.M.** Les naussances en 2010 et leur évolution depuis 2003. *Enquête nationale périnatale 2010.* mai 2011. [en ligne] [citation : 24 novembre 2012] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf.

40. **BONNET.C.** *Geste d'amour l'accouchement sous X.* Paris : ODILE JACOB, 1990. p. 240. ISBN 2-7381-0083-X.

41. **BYDLOWSKI.M.** *La dette de vie itinéraire psychanalytique de la maternité.* 6e. paris : le fil rouge, 2008. ISBN 978-2-13-0570044 8.

42. **DARNAGEUX.F.** Accouchement sous X: Acceuillire la mère et l'enfant, aider les soigants. *Vocation sage-femme.* mars 2007, n°50.

43. **DE VALORS, MH.** De la globalité de la naissance, le versant psychique de l'accouchement. *Les dossiers de l'obstetrique.* décembre 2000, 289, pp. 17-21.

44. **HENRION.R.** *A proposs de l'accouchement dans le secret.* academie national de médecine. 8 mars 2011.

Table des matières

Sommaire **4**

liste des abréviations **6**

Introduction **7**

Partie 1 : Accouchement au secret et pathologie **9**

1. Histoire et legislation **10**

1.1. Les origines 10

1.2. Un début de législation 10

1.3. Législation encadrant l'accouchement au secret 10

1.3.1. Les bases de la législation 11

1.3.2. Vers une évolution 11

Loi n° 96-604 du 5 juillet 1996 dit loi Mattei (2) (8) 11

Loi du 22 janvier 2002 : 11

2. Les femmes qui accouchent sous x **12**

2.1. Profil 12

2.2. Découverte de la grossesse et prise de décision 13

2.2.1. Découverte 13

2.2.2. Décision 13

La relation au père géniteur 14

Une situation économique et sociale 14

Investissement de l'enfant 14

Situation professionnelle 15

Entourage familial 15

2.3. La place du père 15

2.4. Les difficultés du suivi chez les femmes accouchant sous X 16

2.4.1. Le suivi de la grossesse 16

Le manque d'informations 16

La peur du jugement 16

Le déni de grossesse 17

2.4.2. Un processus d'abandon 17
Etre mère 17
La narration 18
La grossesse 18
2.4.3. Le déni de grossesse 19
Définition 19
Mécanismes 20
Degré de déni de grossesse 20
Le déni 20
La dénégation 20
La dissimulation 21
3. pathologies courantes de fin de grossesse 22
3.1. Somatisation 22
3.1.1. Définition 23
Les symptômes fonctionnels 23
Les plaintes somatiques, fonctionnelles 23
Somatisation 23
3.1.2. Comment diagnostiquer une origine psychosomatique ? 23
3.2. La menace d'accouchement prématuré et l'accouchement prématuré 24
3.2.1. Définition 24
Accouchement prématuré 24
Menace d'accouchement prématuré 24
3.2.2. Dépistage 24
3.2.3. Les étiologies d'accouchement prématuré 25
Les causes infectieuses 25
Les causes anatomiques 25
Les causes fœtales 25
Les antécédents : 26
3.2.4. Composante psychologique 26
3.3. L'hypertension artérielle gravidique et ses complications 28
3.3.1. Dépistage 28

3.3.2. Complications 28
3.3.3. Etiologies 29
Facteurs personnels 29
Facteurs liés à la grossesse 29
3.4. Le retard de croissance intra-utérin 30
3.4.1. Définition 30
3.4.2. Dépistage 31
3.4.3. Facteurs de risques 31
Antécédents obstétricaux 31
Antécédents maternels 31
Comportement maternel 31
La grossesse 32
3.4.4. Etiologies 32
Partie 2 : Etude des femmes accouchant au secret à la MRUN 33
1. problematique 34
1.1. Objectif 34
1.2. Hypothèses 34
2. Matériel et methode 35
2.1. Type d'étude 35
2.2. Population étudiée 35
2.3. Grille de recueil 35
2.4. Analyse statistique 36
3. Résultats 37
3.1. Situation personnelle 37
3.1.1. Age 37
3.1.2. Situation maritale 37
3.1.3. Origine géographique 38
3.1.4. Profession 38

3.1.5. IMC 39
3.1.6. Addictions 39
Tabac 39
Alcool 40
Toxicomanie 40
3.1.7. Le père 40
3.2. Antécédents 40
Familiaux 40
Personnels 41
Gynéco-obstétricaux 41
Contraception 41
Gestité /parité 42
Anomalies de grossesse 42
3.3. Suivi de la grossesse 43
Découverte 43
Suivi de la grossesse 43
Pathologies lors de la grossesse 44
3.4. Accouchement 45
3.4.1. Déroulement du travail 45
3.4.2. Accouchement 45
3.5. L'enfant 46
3.6. Suites de couches 47
3.7. Les pathologies de fin de grossesse 47
3.7.1. MAP 48
3.7.2. HTA et pré-éclampsie 49
3.7.3. RCIU 50
Partie 3 : Comparaison de la population étudiée avec l'enquête de périnatalité 2010 51
1. Biais et limites de l'étude 52
1.1. Biais 52

1.2. Limites 52

2. analyse des résultats 53

2.1. Population 53

2.2. Suivi de la grossesse 54

2.3. Accouchement 54

2.4. Les enfants 55

2.5. Pathologie 56

2.5.1. Addiction 56

2.5.2. Antécédents 56

2.5.3. Présence de la pathologie 57

2.6. Manque d'information 58

2.7. Des femmes plus à risque ? 59

3. Rôle du professionnel de santé 60

3.1. Prise en charge actuelle 60

3.2. Problématique de la prise en charge 61

3.2.1. Le manque d'information 61

3.2.2. La peur du jugement 61

3.2.3. Le déni de grossesse 62

3.3. Moyens à mettre en place 62

Prévention primaire 62

Suivi médical 63

3.4. La place de la sage-femme 64

Conclusion 65

Bibliographie 66

Table des matières 70

Annexe 1 : grille de recueil I

ANNEXE 1 : GRILLE DE RECUEIL

	généralités	
	âge	
	statut marital	
	profession	
	niveau d'étude	
	origine ethnique	
	difficultés socio-économiques	
	antécédents médicaux personnels	
	poids	
	taille	
	IMC	
	pathologie	préciser
	addiction	tabac
		alcool
		toxicomanie
	antécédents gynéco-obstétricaux	
	gestité	
	parité	
	antécédent d'IVG	
	antécédent de FCS	
	mort fœtale	
	antécédent d'AP	
	antécédent de MAP	
	antécédent d'HTA gravidique	
	antécédent de diabète gestationnel	nombres
	antécédents personnels	
	diabète	
	HTA	
	thromboemboliques	
	contraception avant grossesse	1 =oui et 0= non
	autres	
	antécédents familiaux	
	diabète	
	cancer	
	thromboemboliques	
	maladies cardiaques	1 =oui et 0= non
	autres	préciser
	grossesse actuelle	
	grossesse désirée	1 =oui et 0= non
	AG de découverte	
	souhait d'IVG	1 =oui et 0= non
	nombre de consultation	

	moment choix d'accouchement au secret	
	nombre d'écho	
	RCIU	1 =oui et 0= non
	HTA	
	complication HTA	
	complication thromboembolique	
	MAP	
	hospitalisation	nombres de jours
	autres	préciser
accouchement		
	âge gestationnel	
	durée du travail	
	mode d'accouchement	césarienne
		AVB
	déclenchement	
	analgésie	APD
		Rachianesthésie
		AG
	RPM	1 =oui et 0= non
	SF pendant le travail	
	durée des efforts expulsifs	
enfant à la naissance		
	poids de naissance	
	PH	
	APGAR à 1 min	
	APGAR à 5 min	
	gestes de réanimation	1 =oui et 0= non
suite de couches		
	durée du séjour	jour
autres		
	autres facteurs importants	préciser

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes A.Fruhinsholz

Mémoire de fin d'études de sage-femme de PAUCHET Alix - Année 2014

Accouchement au secret, une grossesse plus à risque ?

Directeur de mémoire : BERTRAND Murielle Sage-femme cadre enseignante

Expert : ROMESTAING Dominique Sage-femme réfèrente en addictologie

L'accouchement au secret est une pratique ancienne qui permet à une femme d'abandonner son enfant à la naissance. De nombreuse étude ont été réalisées pour déterminer le profil de ces femmes et le ressentie de leur enfant, mais aucune sur le déroulement de leur grossesse. Le but de ce mémoire était de voir si cette population était plus à risque de développer des pathologies en fin de grossesse. Pour cela nous avons réalisé une étude rétrospective sur 36 dossiers de femmes ayant accouché au secret à la MRUN. On a ainsi pu observer une augmentation des MAP, AP, Pré-éclampsie et RCIU, due à des comportements à risques plus présents. Mais un suivi de la grossesse plus régulier permettrait de diminuer ces risques. Pour cela une information plus précoce sur l'accouchement au secret par les professionnels de santé doit être mise en place.

Mots clés en Français : accouchement, secrets, pathologies, suivi

Childbirth secret is an ancient practice that allows a woman to abandon her child at birth. From numerous studies have been conducted to determine the profile of these women and felt their child, but none on the course of pregnancy. The purpose of this paper was to see whether this population was more likely to develop diseases in late pregnancy. For this we conducted a retrospective study on 36 cases of women who gave birth in secret to MRUN. Was able to observe an increase in MAP, AP, Pre-eclampsia and IUGR due to risky behaviors more present. But a more regular monitoring of the pregnancy would reduce these risks. For this earlier information on childbirth incommunicado by health professionals should be implemented.

Delivery, secret, pathologies, follow-up